

L 4 KA 14/07

Land

Schleswig-Holstein

Sozialgericht

Schleswig-Holsteinisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

4

1. Instanz

SG Kiel (SHS)

Aktenzeichen

S 15 KA 156/04

Datum

30.03.2007

2. Instanz

Schleswig-Holsteinisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 14/07

Datum

22.01.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Nach dem für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein ab dem 1. Juli 2003 geltenden Honorarverteilungsmaßstab (HVM) besteht für ärztliche Leistungen innerhalb des jeweiligen individuellen Punktzahlvolumens (IPZV) kein Anspruch auf eine Vergütung mit einem festen Punktwert von 4,5 Cent („Zielpunkt-wert“).

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 30. März 2007 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Kläger begehrt höheres Honorar für das Quartal III/03 unter Zugrundelegung eines Punktwertes von 4,5 Cent für die im Rahmen seines individuellen Punktzahlvolumens (IPZV) gemäß Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten in der ab 1. Juli 2003 gültigen Fassung erbrachten Leistungen.

Der Kläger ist ein mit Praxissitz in K zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Die Abgeordnetenversammlung der Beklagten beschloss in der Sitzung am 11. Juni 2003 mit Wirkung zum 1. Juli 2003 eine Änderung des § 12 HVM. Dieser sieht für den fachärztlichen Bereich für die in § 12.3.2.a) HVM unter Nr. 1) bis 21) aufgeführten Arztgruppen, u.a. die Nervenärzte (Nr. 12), (wie bisher) die Unterteilung der nach Absatz 1 verbleibenden fachärztlichen Gesamtvergütung in Honorarkontingente und in § 12.3.3.b. HVM für die Verteilung der im Kontingent verbleibenden Honorare der in § 12.3.2.a.1) bis a.16) HVM genannten Arztgruppen die Vergütung unter Zugrundelegung individueller Punktzahlvolumina nach § 12.4 vor. In § 12.4 HVM ist im Wesentlichen geregelt, dass jeder Praxis ein individuelles Punktzahlvolumen für Primär- und Ersatzkassen zugeordnet wird, und dass Leistungen innerhalb der Punktzahlvolumina bzw. Puffer (Ausgleich von Über- und Unterschreitungen der IPZV über die Kassenarten) mit einem Referenzpunktwert vergütet (Referenzleistungen) werden, der um 4,5 Cent beträgt, überschreitende Punktzahlanforderungen (Mehrleistungen) mit einem floatenden Punktwert, welcher maximal 1,0 Cent beträgt (§ 12.4 Allgemeine Erläuterungen). Die Höhe des IPZV wird quartalsweise bestimmt und richtet sich bei Praxen, die in 2001 und 2002 keinen Statuswechsel vollzogen haben, in den sog. Startquartalen (Quartale III/03 bis II/04) nach dem Honorar in dem entsprechenden Quartal entweder in 2001 oder 2002 (sog. Bestregelung), allerdings beschränkt auf die Punktzahlsumme des Bestjahres, im Übrigen nach den jeweiligen Honoraren im Jahr 2002. Der Honorarumsatz der Praxis in dem so definierten Vergleichszeitraum, bereinigt um bestimmte Leistungen und dividiert durch den Zielpunktwert von 4,5 Cent, ergibt die einer Praxis zustehende Punktmenge. Diese wird für die Startquartale jeweils um 3 % reduziert zur Sicherung des Zielpunktwerts in Bezug auf Effekte wie neue Praxen sowie die Finanzierung der Mehrleistungen (zu allem: § 12.4.2 HVM). Nach § 12.4.2.d HVM kann der Vorstand auf Antrag der Praxis Veränderungen der Punktzahlvolumina festlegen, sofern bei der Zugrundelegung des Berechnungszeitraumes Ausnahmesituationen zu einer im Vergleich zu anderen Quartalen deutlichen Verringerung der Punktzahlanforderung geführt haben. Gemäß § 12.4.4.j) ("Härtefallregelung") kann der Vorstand in begründeten Fällen auf Antrag aus Sicherstellungsgründen Punktzahlvolumina der Praxis neu festlegen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen. Hierzu zählen insbesondere dauerhafte Veränderungen im Umfeld der Praxis (Satz 2 a.a.O.). In § 12.6.2 HVM ist unter "sonstige Regelungen" geregelt, dass über unbillige Härtefälle infolge der Anwendung dieses HVM der Vorstand auf Antrag entscheidet. In § 12.4.3. HVM sind Regelungen über die "Weiterentwicklung der individuellen Punktzahlvolumina in der Folgezeit" (sog. Folgequartale, ab III/04) getroffen, nach denen sich die Weiterentwicklung im Wesentlichen nach dem Umfang der Überschreitung oder Unterschreitung des IPZV durch die einzelne Praxis und nach dem Abrechnungsverhalten der anderen Ärzte der Fachgruppe richtet. Wegen der weiteren Einzelheiten des § 12 HVM 2003 wird die Veröffentlichung in der Beilage zu "Nordlicht Aktuell" 1/03 (u.a. Internetseite der KVSH) Bezug genommen.

Mit Schreiben vom 31. März 2003 informierte die Beklagte den Kläger über die mit Wirkung zum 1. Juli 2003 beschlossene Änderung des

HVM mit der darin enthaltenen Einführung von IPZV und teilte ihm sein vorläufiges IPZV für das Quartal III/03 mit. In dem Schreiben heißt es u.a.: "Für Leistungen bis zum Erreichen Ihres Volumens werden Sie künftig mit einem Zielpunktwert um 4,5 Cent vergütet werden." Wegen der Einzelheiten des Schreibens wird auf Bl. 12-16 der Verwaltungsakte Bezug genommen.

Mit Bescheid vom 14. Januar 2004 setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für das Quartal III/03 auf der Grundlage eines IPZV von insgesamt 956.843 Punkten als Referenzleistungen (mit Punktwerten von 4,1640 für die Primärkassen und von 4,0830 Cent für die Ersatzkassen) und der darüber hinaus abgerechneten Punktzahlen als Mehrleistungen mit Punktwerten von jeweils 0,05 Cent fest. Es ergab sich ein Honorar von 41.882,08 EUR (vor Abzug eines Verwaltungskostenbeitrages). Wegen der Einzelheiten der Honorarabrechnung wird auf Bl. 4 -11 VA Bezug genommen.

Zur Begründung seines dagegen gerichteten Widerspruchs trug der Kläger vor, die jetzt vorgelegte Abrechnung stelle einen groben Verstoß gegen Treu und Glauben und einen Abrechnungsbetrug zu seinen Lasten durch die Beklagte dar. Er erwarte eine korrigierte Abrechnung auf Basis eines Punktwertes von 4,5 Cent und die entsprechende Nachzahlung.

Die Beklagte wies den Widerspruch durch Widerspruchsbescheid vom 11. März 2004 zurück. Darin ist, nach Darlegungen zu Rechtsgrundlagen, Regelungsgehalt sowie Zielsetzungen des HVM 2003 im Wesentlichen ausgeführt: Vom Ansatz her seien die IPZV mit einem Zielpunktwert (sog. Referenzpunktwert) um 4,5 Cent kalkuliert. Die Höhe der beiden Volumina für Primär-/Ersatzkassen habe bei einer Bewertung mit dem sog. Referenzpunktwert um 4,5 Cent der jeweiligen Best-Abrechnung aus den jeweiligen Quartalen der Jahre 2001 und 2002 abzüglich 3 % entsprechen sollen. Diese Zielpunktwerte seien leider bei der ersten Honorarabrechnung unter Punktzahlvolumina in den allermeisten Fachgruppen nicht erreicht worden. Die Gründe seien vielfältiger Natur, beruhten jedoch überwiegend darauf, dass sich die Gesamtvergütung gegenüber dem Berechnungszeitraum verringert habe. Hinzu komme u.a. die Tatsache, dass die Zahl der Ärzte (Fachärzte oder Hausärzte insgesamt) zugenommen habe. Auch die Anwendung der Bestregelung der IPZV auf Basis der Jahre 2001 und 2002 habe dazu beigetragen, dass der Zielpunktwert von 4,5 Cent unterschritten worden sei. Durch die Bestregelung seien im Durchschnitt mehr Punkte zugebilligt worden, als der Geldmenge entspreche. Auffällig sei, dass die Fachärzte erheblich stärker in der Punktwertbelastung betroffen seien als die Hausärzte. Hinzu komme eine starke Schwankung des Referenzpunktwertes zwischen den Arztgruppen auf der Facharztseite, wobei der Primärkassenbereich eher etwas besser ausgefallen sei. Die starke Schwankung ergebe sich vor allem, weil nach Wegfall der Praxisbudgets die Punktzahl(mehr)anforderungen zwischen Ersatz- und Primärkassen sehr unterschiedlich ausgefallen seien. Es werde weiterhin auf die ausführlichen Erläuterungen im Nordlicht Nr. 01/2004 (Seiten 18 - 21) hingewiesen.

Zur Begründung seiner hiergegen am 13. April 2004 bei dem Sozialgericht Kiel erhobenen Klage hat der Kläger im Wesentlichen vorgetragen: Die Mitteilung des Zielpunktwertes von 4,5 Cent laut Schreiben der Beklagten vom 31. März 2003 habe sich für ihn als feststellender Verwaltungsakt dargestellt. Er sei davon ausgegangen, dass es sich um einen feststehenden Betrag handle und habe seine Leistungen an diesen Wert angepasst. Die stattdessen erzielten Punktwerte blieben um ca. 8 bis 10% dahinter zurück. Aufgrund der genannten Mitteilung der Beklagten habe er einen Anspruch auf die Neuberechnung seines Honorars auf der Grundlage eines Punktwertes von 4,5 Cent. Im Übrigen sei der HVM der Beklagten verfassungswidrig. Es widerspreche dem Gebot der leistungsproportionalen Honorarverteilung und der Honorarverteilungsgerechtigkeit, dass im Gegensatz zu den Fachärzten die Hausärzte den avisierten Zielpunktwert von 4,5 Cent erreicht hätten. Hierfür gebe es keine sachliche Rechtfertigung. Die von der Beklagten für das Unterschreiten des Zielpunktwertes von 4,5 Cent relativ unverbindlich angeführten "vielfältigen Gründe" lägen ausschließlich in ihrer Sphäre. Sie hätte bereits bei der Berechnung der IPZV feststellen können und müssen, dass bei Aufrechterhaltung des Ergebnisses der Anwendung der Bestregelung etc. nicht von einem festen Punktwert von 4,5 Cent ausgegangen werden könne. Er habe hiervon weder Kenntnis noch die Möglichkeit gehabt, Korrekturen der jeweiligen IPZV zu fordern. Dass die Mitteilung eines rein informatorischen Punktwertes nicht mit höherrangigem Recht vereinbar sei, zeige auch der Vergleich mit den in der Folgezeit geltenden Honorarverteilungsmaßstäben auf der Grundlage des Beschlusses des Landesschiedsamtes vom 9. Mai 2005. Danach werde nunmehr zum einen nach Haus- und Fachärzten sowie zum anderen nach verschiedenen Arztgruppen differenziert. Ferner sehe das neue individuelle Gesamtpunktzahlvolumen eine Aufteilung in ein so genanntes Kern- und ein Konvergenzvolumen vor. Im Bereich des Kernvolumens (70 % des individuellen Gesamtpunktzahlvolumens) existiere ein fester Regelpunktwert, im Bereich des Konvergenzvolumens (30 %) ein floatender Konvergenzpunktwert. Darüber hinaus erbrachte Leistungen würden ebenfalls mit einem festen Mehrleistungspunktwert vergütet. Anstelle der Angabe eines rein informatorischen Zielpunktwertes wäre es demnach bereits im 3. Quartal des Jahres 2003 möglich gewesen, entsprechend bestimmte Vorschriften zu erlassen.

Der Kläger hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, unter Abänderung des Honorarbescheides vom 14. Januar 2004 betreffend das Abrechnungsquartal III/03 an ihn Honorar in Höhe von 3.466,94 EUR nachzuzahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat im Wesentlichen vorgetragen: Sie habe dem Kläger einen festen Punktwert für das IPZV nicht zugesagt. Es habe sich bei den angegebenen 4,5 Cent um einen lediglich angestrebten Zielpunktwert gehandelt, der aus vielfältigen, von ihr nicht vorhersehbaren Gründen leider nicht erreicht worden sei. Insoweit hat sie sich erneut auf den bereits im Widerspruchsbescheid genannten Artikel im "Nordlicht" 1/04 bezogen. Entgegen der Auffassung des Klägers werde der Punktwert nicht festgelegt, sondern errechnet. Es habe deshalb nicht ihrem Einfluss unterlegen, bestimmten Arztgruppen einen anderen Punktwert "zuzubilligen" als anderen Arztgruppen.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 30. März 2007 abgewiesen und in den Entscheidungsgründen im Wesentlichen dargelegt: Das BSG habe sich in mehreren Entscheidungen ausführlich mit der Zulässigkeit individueller Leistungsbudgets/Fallzahlbegrenzungen auseinandergesetzt und insbesondere am Fachgruppendurchschnitt ausgerichtete Grenzen gebilligt sowie solche Honorarkontingente für grundsätzlich rechtmäßig erklärt, die sich für den einzelnen Vertragsarzt nach den Abrechnungsergebnissen in vergangenen Zeiträumen bemessen. Bei der damit angestrebten Stabilisierung des Auszahlungspunktwertes und der damit verbundenen Schaffung einer gewissen finanziellen Kalkulationssicherheit handle es sich um ein im Rahmen des [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. dem Grundsatz der

Honorarverteilungsgerechtigkeit billigenswertes Ziel. Somit bestünden keine grundsätzlichen Bedenken gegen die von der Beklagten in dem seit Juli 2003 geltenden HVM eingeführten IPZV. Auch die in diesem HVM enthaltene Kombination von Individualbudgets und floatenden Elementen habe das BSG für rechtlich unbedenklich gehalten. Gleiches gelte für die Bemessung der Individualbudgets nicht nach Punktmengen, sondern nach Honorarumsätzen aus zurückliegenden Bemessungszeiträumen und für die 3-prozentige Rückstellung für die Finanzierung neuer Praxen und des in einem bestimmten Rahmen erlaubten Zuwachses. Gegen die Rechtmäßigkeit des § 12.4 HVM und dessen Anwendung auf die Honorarabrechnung des Klägers für das Quartal III/03 spreche auch nicht, dass der kalkulierte Zielpunkt看wert von 4,5 Cent nicht erreicht werden können. Die Beklagte habe im Widerspruchsbescheid und in dem den Beteiligten bekannten Artikel im "Nordlicht aktuell" Heft 1/2004, S. 18 ff. unter der Überschrift "Der neue HVM - ein nur durchwachsendes Ergebnis!" die Gründe für das Nichterreichen dieses Punktwertes nachvollziehbar dargelegt. Unterschiedliche Faktoren wie die Verringerung der Gesamtvergütung gegenüber dem Berechnungszeitraum, eine Zunahme der Ärzteanzahl, ein Anstieg der Punktmengen aufgrund des Rückgriffes auf Bestquartale der Jahre 2001 und 2002, die positive Bescheidung vieler Härtefallanträge etc. hätten die Punktwerte unterschiedlich beeinflusst. Welchen Einfluss beispielsweise die Bestregelung auf die Punktwerte der verschiedenen Arztgruppen gehabt habe, sei tabellarisch ebenso dargelegt wie die Punktwertbelastung infolge strukturveränderter Praxen. Auch die Veränderung im Rahmen der Gesamtvergütung bei dem Wechsel eines Versicherten von einer Ersatzkasse zu einer Privatkasse (gemeint: Primärkasse) mit der Folge einer niedrigeren Kopfpauschale sei dort beispielhaft als Punktwert belastender Faktor dargelegt. Auch die Entwicklung der Arztzahlen, die sich in den Jahren 2001 bis 2003 vor allem im Facharztbereich deutlich erhöht hätten, habe den Punktwert belastet. Insoweit sei auch zu berücksichtigen, dass nach der Rechtsprechung des BSG Kassenärztliche Vereinigungen bei der Ausgestaltung von HVM Regelungen zwar - insbesondere bei Anfangs- und Erprobungsregelungen - einen weiten Gestaltungsspielraum hätten, jedoch - zur Wahrung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit - bei jeder Honorarverteilung, die sich an dem Leistungsumfang in einem früheren Zeitraum orientiere, beobachten müsse, ob sich zwischenzeitlich die Verhältnisse nicht zu Lasten einer oder mehrerer Arztgruppen gravierend verändert hätten. Eine Reaktionspflicht bestehe dann, wenn eine Regelung in ihren Auswirkungen für den einzelnen betroffenen Normadressaten unzumutbar geworden sei. Das BSG bejahe eine gravierende unberechtigte Schlechterstellung dann, wenn die Einteilung in Teilbudgets dazu führe, dass - ohne Mengenausweitung innerhalb der Fachgruppe - der Punktwert einer Fachgruppe 15 % vom durchschnittlichen Punktwert der übrigen Facharztgruppen abweiche. Auch daraus ergebe sich aber nicht zwingend die Rechtswidrigkeit des HVM, sondern wiederum eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht. Eine derartige Abweichung sei vorliegend für das Quartal III/03 nicht gegeben. Nach der im "Nordlicht" veröffentlichten Tabelle lägen die Durchschnittswerte der Fachgruppe der Nervenärzte im Primärkassenbereich bei 3,0320 Punkten und im Ersatzkassenbereich bei 3,4236 Punkten (unter Berücksichtigung der nach dem Mehrleistungspunktwert vergüteten Leistungen oberhalb des IPZV). Diesen Durchschnittswert habe beispielsweise die Fachgruppe der Augenärzte im Primärkassenbereich und diejenige der Kinder- und Jugendpsychiater im Ersatzkassenbereich (2,8097 Punkte) deutlich unterschritten.

Gegen das ihm am 13. April 2007 zugestellte Urteil richtet sich die am Montag, 14. Mai 2007 eingegangene Berufung des Klägers. Der Kläger wiederholt und vertieft sein bisheriges Vorbringen. Die Gründe für das Nichterreichen des avisierten Zielpunkt看wertes bzw. die tatsächliche Abweichung um ca. 8 bis 10 % hiervon seien seitens der Beklagten nicht ausreichend dargelegt worden. So beziehe sich das Sozialgericht auf Ausführungen der Beklagten in der Zeitschrift "Nordlicht aktuell" Heft 1/2004, S. 18ff, wonach Faktoren wie die Verringerung der Gesamtvergütung gegenüber dem Berechnungszeitraum, eine Zunahme der Ärztezahl, ein Anstieg der Punktmengen auf Grund des Rückgriffes auf Bestquartale der Jahre 2001 und 2002 sowie unter anderem die positive Bescheidung vieler Härtefallanträge bei der Berechnung der einzelnen Punktwerte zu berücksichtigen seien. Im Hinblick auf letzteren Punkt führe die Beklagte allerdings auf Seite 19 a.a.O. selbst aus, dass die Härtefallanträge en gros keinen entscheidenden Einfluss auf den Punktwert haben könnten. Insgesamt seien lediglich bei jedem zehnten Antrag Teilkorrekturen der Punktzahlvolumina vorgenommen worden. Der Gesamteffekt liege daher lediglich in der Größe von 1 % Punktzahlzuwachs. Zudem werde dem Verweis auf die vorgelegte Tabelle betreffend den Zuwachs der Fachärzteschaft ausdrücklich widersprochen, da diese keine Aussage über die Zunahme von Ärzten in seiner Fachgruppe enthalte. Vielmehr habe die Beklagte die psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen dieser Betrachtung nach eigenen Angaben mit der Begründung unberücksichtigt gelassen, dass sich diese Facharztgruppe als zahlenmäßig sehr konstant darstelle und die Honorarauswirkung auf andere Ärztegruppen zusätzlich infolge geringer Durchschnittsumsätze gering sei. Nach seinem Kenntnisstand seien im Gegenteil sogar viele offene Zulassungsstellen nicht besetzt worden. Dadurch, dass der Arzt zu Beginn der Leistungserbringung nicht wisse, welche Vergütung ihn am Quartalsende erwerde, werde zudem unter dem Aspekt der Planungs- und Kalkulationssicherheit in verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigender Weise in seine Berufsausübungsfreiheit eingegriffen. Eine Angemessenheit des Eingriffs aus Gründen des Gemeinwohls sei in Anbetracht der daraus resultierenden mangelnden medizinischen Versorgung der Bevölkerung gerade nicht gegeben. Wäre ihm bekannt gewesen, dass sein Honorar auf Grund von Faktoren, die er nicht beeinflussen könne, weitaus niedriger ausfallen könnte als aufgrund der Mitteilung der Beklagten über einen Punktwert von 4,5 Cent erwartet, würde er seine Leistungsmenge entsprechend angepasst und insgesamt entsprechend weniger Leistungen erbracht haben, um nicht am Ende des Quartals honorarfrei zu arbeiten, oder er hätte geringer vergütete Mehrleistungen erbracht, um wenigstens das ursprünglich veranschlagte Honorar zu erhalten. Beide Alternativen wirkten sich im Ergebnis zu Lasten der zu behandelnden Patienten aus, die einerseits ab einer gewissen Leistungsmenge des Arztes ohne Versorgung dastünden oder andererseits auf Grund der dem Arzt im Rahmen der Mehrleistungen zur Verfügung stehenden Mittel lediglich eine verminderte Versorgung erführen. Weiterhin verstoße die Festlegung eines Referenzpunkt看wertes, der "um 4,5 Cent beträgt", gegen das verfassungsrechtlich garantierte Bestimmtheitsgebot. Dass eine hinreichend bestimmte Regelung auch für das Quartal III/03 möglich gewesen wäre, zeige der Vergleich mit den in der Folgezeit gültigen Honorarverteilungsmaßstäben auf der Grundlage des Beschlusses des Landes-schiedsamtes vom 9. Mai 2005. In § 3.3.b des neuen HVM gebe es zudem für seine Fachgruppe eine Regelung, nach der bei einer Differenz zwischen dem Mindestpunkt看wert und dem individuellen Auszahlungspunkt看wert eine zusätzliche Vergütung geleistet werde. Darüber hinaus bestünden den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit betreffend Zweifel an der Wachstumsregelung des HVM in § 12.4.3. Nach dieser Vorschrift hänge es nicht im Wesentlichen vom Einsatz des betroffenen Arztes ab, ob er seinen Zuwachs gemäß dem Fachgruppendurchschnitt steigern könne, sondern vielmehr davon, in welchem Umfang die anderen Praxen der jeweiligen Arztgruppe ihr individuelles Gesamtvolumen überschritten. Je nach Ausgestaltung der Arztgruppe oder auch Anzahl der konkurrierenden Praxen werde die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer effektiven Zuwachssteigerung für den einzelnen Arzt komme, umso geringer, je mehr Praxen sich um Zuwächse bemühten. Ob der betroffene Arzt in effizienter Weise, beispielsweise innerhalb von fünf Jahren, sein individuelles Gesamtvolumen auf den Durchschnitt der Fachgruppe anheben könne, sei damit nicht allein vom Einsatz des betroffenen Arztes abhängig. Es sei für ihn nicht erkennbar, inwieweit andere Praxen Zuwächse erzielten und an welcher Stelle er im "Ranking" der wachsenden Praxen liege. Der Zuwachs hänge eher von der zufälligen Zusammensetzung der Arztgruppe ab (unter Hinweis auf SG Kiel, Urt. v. 15. Februar 2007 - [S 16 KA 91/05](#), und v. 17. Mai 2006 - S 15 KA 140/04).

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 30. März 2007 aufzuheben, den Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal

III/03 vom 14. Januar 2004 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 11. März 2004 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm Honorar in Höhe von 3.466,94 EUR nachzuzahlen, hilfsweise, seine Honorarforderung für das Quartal III/03 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, soweit der Vergütung der Referenzleistungen ein niedrigerer Punktwert als 4,5 Cent zugrunde gelegt worden ist.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Prozessakte sowie den die Honorarabrechnung für das Quartal III/03 betreffenden Verwaltungsvorgang der Beklagten Bezug genommen. Diese Vorgänge sind auch Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung des Senats gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte (§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG) und fristgerecht eingelegte (§ 151 SGG) Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Streitgegenstand des Verfahrens ist der Honorarbescheid für das Quartal III/03 allein bezogen auf die Erhöhung des Honorars für die Referenzleistungen entsprechend der Vergütung mit einem Punktwert von 4,5 Cent. Bereits im Klageverfahren hat der Kläger sein Begehren von vornherein hierauf beschränkt, und der in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts protokollierte Klagantrag ist entsprechend diesem eingeschränkten Begehren auf die Nachzahlung eines Betrages von 3.466,94 EUR begrenzt. Da es in einem Streit über die Honorarhöhe im Rahmen der Dispositionsbefugnis des Klägers liegt, sein Begehren auf bestimmte Gesichtspunkte zu beschränken (vgl. BSG, Urt. v. 29. August 2007 - B 6 KA 43/06 R, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen, juris Rz. 14 m.w.N.), und er dies eindeutig getan hat, ist - auch - im Berufungsverfahren allein über die Frage zu entscheiden, ob der Kläger für das Quartal III/03 Anspruch auf die Vergütung seiner Referenzleistungen mit einem Punktwert von 4,5 Cent hat, hilfsweise auf Neubescheidung seiner Honorarabrechnung für das Quartal III/03 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts, soweit der Abrechnung seiner Referenzleistungen ein niedrigerer Punktwert als 4,5 Cent zugrunde gelegt worden ist.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Vergütung seiner innerhalb des IPZV erbrachten Leistungen mit einem Punktwert von 4,5 Cent. Ein solcher Anspruch ergibt sich weder aus dem HVM der Beklagten in der ab dem 1. Juli 2003 gültigen Fassung noch aus einer Zusicherung der Beklagten. Dem HVM ist ein fester Punktwert in Höhe von 4,5 Cent für die sog. Referenzleistungen nicht zu entnehmen. So heißt es in § 12.4.1.b) Satz 2 HVM, aus der - nach Abzug der mit 0,05 Cent vergüteten Mehrleistungen - verbleibenden Honorarmenge werde für die Referenzleistungen der Referenzpunktwert gebildet. Schon dies bedeutet, dass es sich nicht um einen vor der Leistungserbringung von vornherein festgelegten Punktwert handelt, sondern dass der Punktwert das Ergebnis einer nachträglichen Berechnung unter Berücksichtigung der erbrachten Mehrleistungen ist. Zudem wird in Satz 3 der Vorschrift ebenso wie in § 12.4.1.b) HVM von einem "Zielpunktwert" gesprochen, d.h. von einem angestrebten und nicht von einem garantierten Punktwert. Die Formulierungen im HVM sind insoweit eindeutig. Die Beklagte hat dem Kläger nach dem Inhalt der Verwaltungsakte auch zu keinem Zeitpunkt eine schriftliche Zusicherung (§ 34 Abs. 1 SGB X) über die Abrechnung seiner Referenzleistungen mit einem Punktwert von 4,5 Cent erteilt. Insbesondere dem Schreiben vom 31. März 2003, auf das der Kläger sich insoweit bezieht, ist eine verbindliche Aussage dahingehend, dass die Leistungen innerhalb des künftig festzusetzenden IPZV mit einem Punktwert von 4,5 Cent vergütet werden, nicht zu entnehmen. Vielmehr wird auch darin - nur - von einem "Zielpunktwert um 4,5 Cent" gesprochen.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Neubescheidung seiner Honorarabrechnung für das Quartal III/03 in Bezug auf den für die Vergütung der Referenzleistungen zugrunde gelegten Punktwert. Es entspricht dem Gestaltungsspielraum der Beklagten bei der ihr gemäß § 85 Abs. 4 SGB V obliegenden Honorarverteilung, Leistungen nach einem festen oder einem floatenden Punktwert zu vergüten oder auch beide Elemente zu verbinden. Entscheidend ist, dass dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit Rechnung getragen wird. Dies ist bei Regelungen, die - wie diejenige in § 12.4 HVM der Beklagten in der ab Juli 2003 gültigen Fassung - durch eine Begrenzung der zu vergütenden Punktmenge bei bestimmten Leistungen eine Stabilisierung des Punktwertes für den einzelnen Arzt erreichen und damit für ihn für die Leistungsmenge in Höhe seines individuellen Budgets Kalkulationssicherheit schaffen sollen, im Grundsatz der Fall, weil der einzelne Arzt hierdurch bei ungefähr gleichbleibenden Behandlungsfällen und -voraussetzungen schon zu Beginn eines Quartals die Höhe des insoweit zu erwartenden Honorars sicherer abschätzen kann. Bei der Stabilisierung des Auszahlungspunktwertes und der damit verbundenen Schaffung einer gewissen finanziellen Kalkulationssicherheit handelt es sich um ein im Rahmen des § 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V in Verbindung mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit billigenwertes Ziel (vgl. BSG, Urt. v. 10. Dezember 2003 - B 6 KA 54/02 R, BSGE 92, 10, vom 10. März 2004 - B 6 KA 3/03 R, BSGE 92, 233; Urt. v. 28. März 2007 - B 6 KA 10/06 R-, MedR 2007, 560, juris Rz. 18 m.w.N.). Mit eben dieser Zielsetzung (vgl. dazu Ennenbach, Nordlicht 4/2003, S. 12; derselbe in Nordlicht 1/2004 S. 18) hat die Beklagte IPZV eingeführt, bei denen für die Leistungen innerhalb des IPZV (sog. Referenzleistungen) ein zwar nicht fester, aber von Mengenausweitungen nur in geringerem Maße beeinflussbarer Zielpunktwert zugrunde gelegt wird. Dass hier die verschiedenen in dem Verfahren wiederholt erörterten Gesichtspunkte dazu geführt haben, dass der angestrebte Zielpunktwert bei den meisten Arztgruppen nicht erreicht worden ist, ändert nichts an der grundsätzlichen Rechtmäßigkeit der Bildung von IPZV ohne gleichzeitige Festlegung eines Punktwertes für die darin enthaltenen Leistungen. Die verbindliche Festlegung eines Punktwertes von 4,5 Cent hätte nämlich gleichzeitig bedeutet, dass die bereits jetzt berücksichtigte dreiprozentige "Rückstellung" nicht ausgereicht hätte, sondern eine wesentlich höhere Rückstellung erforderlich gewesen wäre, um Arztzahlveränderungen und die weiteren genannten Faktoren ausgleichen zu können. Die zu einem festen Punktwert von 4,5 Cent zu vergütende Punktmenge wäre demnach weiter zu reduzieren gewesen. Die Begrenzung der Gesamtvergütung stand von vornherein fest. Im Zusammenhang mit der Streichung der Bestimmungen zum Praxisbudget mit Wirkung zum 1. Juli 2003 durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 19. Dezember 2002 war den Kassenärztlichen Vereinigungen zudem aufgegeben worden, die Gesamtvergütung in der Weise zu verteilen, dass der zum Zeitpunkt der Auszahlung ohne Quotierung oder Abstufung 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. 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). Dass bei begrenzter Gesamtvergütung ein hoher fester Punktwert notwendig Abstriche an anderer Stelle bedingt, zeigt auch der von dem Kläger angeführte HVM in der ab Juli 2005 geltenden Fassung. Zwar ist innerhalb des Kernvolumens ein fester Regelpunktwert vorgesehen. Außerhalb dieses 70 % der Leistungen umfassenden Kernvolumens, im Bereich des 30 % der Leistungen umfassenden Konvergenzvolumens, gilt dagegen ein floatender Punktwert, der deutlich niedriger liegt. So ergab sich in dem ersten Quartal unter dem neuen HVM für die Fachgruppe der Nervenärzte und Neurologen vor Stützung zugunsten anderer Fachgruppen ein Konvergenzpunktwert im Bereich der Primärkassen von 1,421 Cent, der Ersatzkassen von 2,190 Cent. Nach der Stützung lagen die entsprechenden Werte sogar nur bei 0,896 und 1,806 Cent (vgl. Ennenbach, "Schiedsamts-HVM im Erstbetrieb", Nordlicht 1/06, S. 26 (27)).

Dass bei den Hausärzten der Zielpunktwert im Bereich der Primärkassen im Quartal III/03 erreicht wurde, bei den Nervenärzten dagegen nicht, führt nicht zu einer ungerechtfertigten Ungleichbehandlung im Verhältnis zu der Fachgruppe des Klägers. Die Verteilung der Gesamtvergütung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung ist den Kassenärztlichen Vereinigungen in [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) verbindlich vorgegeben. Hieraus folgende Unterschiede in der Punktwertentwicklung in beiden Bereichen sind die zwangsläufige Folge der Trennung beider Versorgungsbereiche und entsprechen der der Regelung zugrunde liegenden Zielsetzung des Gesetzgebers, die hausärztliche Versorgung zu stärken und sie von der Mengenausweitung im fachärztlichen Bereich unabhängig zu machen. Aus diesem Grunde kann der rechnerische Punktwertabstand im Verhältnis der Punktwerte von hausärztlichen und fachärztlichen Leistungen keinen Verstoß gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit begründen (vgl. im Zusammenhang mit einer geforderten bereichsübergreifenden Punktwertstützung BSG, Urt. v. 22. März 2006 - [B 6 KA 67/04 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 24](#); Urt. v. 6. September 2006 - [B 6 KA 29/05 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 26](#), juris Rz. 28). Auch im Verhältnis der verschiedenen Facharztgruppen zueinander hat das BSG bezogen auf die Bildung von Honorartöpfen eine unterschiedliche Punktwertentwicklung wiederholt als rechtmäßig bestätigt. Gerade die Entwicklungen im Facharztbereich sind der Grund für die Bildung von Individualbudgets gewesen, bei denen der einzelne Arzt von Mengenausweitungen durch andere Ärzte (innerhalb seiner Fachgruppe) weniger abhängig ist. Dass gleichwohl auch weiterhin Honorartöpfe gebildet wurden mit der Konsequenz moderat unterschiedlicher Punktwertentwicklungen aufgrund unterschiedlicher Ausprägung der einzelnen genannten Faktoren in den verschiedenen Fachgruppen ist vor diesem Hintergrund nicht zu beanstanden. Ob die Erwägungen, die das Sozialgericht im Hinblick auf die Abweichung des Punktwerts in einer Fachgruppe vom durchschnittlichen Punktwert der übrigen Fachgruppen angestellt hat, hier anwendbar sind, ist zweifelhaft. Dem von dem Sozialgericht zitierten Urteil des BSG vom 9. September 1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) ([BSGE 83, 1](#)) lag ein HVM zugrunde, in dem u.a. für MRT- und CT-Leistungen ein Honorarkontingent geschaffen worden war, welches faktisch nur die Fachgruppe der Radiologen betraf, während es für einen großen Teil aller Leistungen und auch für die unterschiedlichen Fachgruppen keine Topfbildung gab. In dem Urteil vom 20. Oktober 2004 (- [B 6 KA 30/03 R](#), [BSGE 93, 258](#), juris Rz. 32) hat das BSG in Weiterführung dieser Rechtsprechung dargelegt, seien zahlreiche Honorarkontingente geschaffen worden, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdeckten, so gebe es keinen "Restbereich sonstiger Leistungen" mehr, dessen Punktwert als Vergleichsbasis herangezogen werden könnte. Ob dies auch für einen HVM gilt, der, wie derjenige der Beklagten in der ab Juli 2003 gültigen Fassung, weiterhin Honorartöpfe und darüber hinaus die Bildung von IPZV für nahezu alle Fachgruppen und den größten Teil der Leistungen vorsieht, bedarf hier keiner näheren Erörterung. Punktwertabweichungen in dem genannten Umfang sind hier, wie das Sozialgericht zutreffend dargelegt hat, zu Lasten der Fachgruppe der Nervenärzte nicht erkennbar, und eine derartige Entwicklung würde, wie das Sozialgericht ebenfalls zutreffend dargelegt hat, zudem nicht die Rechtswidrigkeit des HVM, sondern lediglich eine verstärkte Beobachtungspflicht der Beklagten bedingen, die jedenfalls bezogen auf das erste Quartal, in dem eine Beobachtung überhaupt möglich war, hier das Quartal III/03, noch keine Reaktionspflicht auslösen könnte.

Auf die Wachstumsmöglichkeiten einer Praxis unter Geltung des § 12 HVM in der Fassung ab Juli 2003 ist hier schon im Hinblick auf die Begrenzung des Streitgegenstandes nicht einzugehen. Im Übrigen besteht kein Recht auf ein Wachstum über den Gruppendurchschnitt hinaus (std. Rspr.; vgl. BSG, Urt. v. 10. Dezember 2003 - [B 6 KA 76/03 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 6](#), juris Rz. 24 ff.; Urt. v. 10. Dezember 2003 - [B 6 KA 54/02 R](#), a.a.O., juris Rz. 28). Das IPZV des Klägers lag in dem streitigen Quartal über dem Gruppendurchschnitt. Abgesehen davon hält der Senat das Fehlen von Wachstumsmöglichkeiten innerhalb der sog. Startquartale - um das erste dieser Quartale geht es hier - im Ergebnis für rechtmäßig (vgl. weitere Urt. des Senats vom 13. November 2007 - [L 4 KA 5/07](#) und [L 4 KA 9/07](#)).

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

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2008-03-10