B 6 KA 76/03 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 17 KA 49/01
Datum
14.08.2002
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KA 67/02
Datum
23.07.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 76/03 R
Datum
10.12.2003
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Honorarverteilungsregelungen die auf eine umfassende Umsatzbegrenzung (ggf auch nur für Teilbereiche) ausgerichtet sind können überdurchschnittlich abrechnenden Praxen insoweit die Möglichkeit weiterer Umsatzsteigerungen verwehren (Klarstellung zu zB BSG vom 21.10.1998
B 6 KA 71/97 R = BSGE 83 52 = SozR 3-2500 § 85 Nr 28 und Abgrenzung von zB BSG vom 13.3.2002
B 6 KA 48/00 R = SozR 3-2500 § 85 Nr 44).
Die Revision der Kläger gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 23. Juli 2003 wird zurückgewiesen. Die Kläger haben der Beklagten ihre außergerichtlichen Kosten auch für das Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

I

Umstritten ist die Begrenzung vertragsärztlicher Honoraransprüche durch Regelungen über Individualbudgets.

Die Kläger sind als HNO-Ärzte in Düsseldorf niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Das von ihnen für das Quartal IV/1999 abgerechnete Punktzahlvolumen lag über dem Fachgruppendurchschnitt.

Die Beklagte begrenzte die Honoraranforderung der Kläger für das Quartal IV/1999 in Anwendung von Regelungen, die sie mit Wirkung ab dem 1. Juli 1999 in ihren Honorarverteilungsmaßstab (HVM) aufgenommen hatte. In §§ 7, 7a HVM war bestimmt, dass für jede vertragsärztliche Praxis ein quartalsbezogenes individuelles Leistungsbudget in Form eines Punktzahlvolumens festgelegt wird, bis zu dem dem Vertragsarzt grundsätzlich eine Vergütung mit einem festen Punktwert von 10 Pf gesichert werden sollte. Der Punktzahlengrenzwert wurde - mit verschiedenen Einzelregelungen - auf der Basis der Honorarumsätze der Quartale III/1997 bis II/1998 errechnet und so begrenzt, dass ein Punktwert von 10 Pf gewährt werden konnte. Für überdurchschnittlich abrechnende Praxen war keine Zuwachsmöglichkeit vorgesehen. Zusätzlich war der Anstieg des Honorarvolumens der Arztgruppen durch die Bildung von Honorarkontingenten (sog Honorartöpfen) begrenzt. Für die Kläger, die in ihrer Honoraranforderung 2.859.008,7 Punkte geltend gemacht hatten, ergab sich im Rahmen des Individualbudgets ein zu vergütendes Punktzahlvolumen von 2.506.497,2 Punkten.

Gegen den Honorarbescheid für das Quartal IV/1999 haben die Kläger weder mit ihrem Widerspruch noch mit ihrer Klage oder Berufung Erfolg gehabt (Urteil des Sozialgerichts vom 14. August 2002, Urteil des Landessozialgerichts (LSG) vom 23. Juli 2003). Im Berufungsurteil ist ausgeführt, das System einer Bindung des Vertragsarztes an einen in der Vergangenheit erzielten eigenen Honorarumsatz sei grundsätzlich rechtmäßig. Nicht zu beanstanden sei, dass den Berechnungen der Individualbudgets das in den Quartalen III/1997 bis II/1998 erzielte Honorar und nicht die angeforderte oder zugestandene Punktmenge zu Grunde liege, ebenso, dass die Honoraranteile für die in § 7 Abs 1 Satz 3 iVm § 6 Abs 3 HVM aufgeführten Leistungen unberücksichtigt blieben. Gleichfalls unbedenklich sei die Rückstellung von 3 % gemäß § 7 Abs 1 Satz 4 HVM, ebenso die Regelung in § 7 Abs 1 Satz 2, Abs 2 Satz 2 HVM über die "Nichtvergütung" von Punkten oberhalb der Punktzahlengrenzwerte, denn in Wahrheit sinke lediglich entsprechend der Überschreitung des Grenzwertes die Vergütung für jede einzelne erbrachte Leistung. Überdies sei nicht das gesamte vertragsärztliche Honorar budgetiert; nicht einbezogen seien Honoraranteile von ca 40 % der Gesamtvergütung. Unschädlich sei, dass der genaue Punktzahlengrenzwert erst nach Ablauf des Quartals mitgeteilt werde und dass gemäß § 7 Abs 2 Satz 3 und 4 HVM als Variable die Fachgruppenquote eingeschaltet sei. Hiervon abgesehen, habe der Normsetzer einen Anfangs- und Erprobungsspielraum gehabt, der ihm Erfahrungen vermittelt habe, die er zum Anlass für diverse Anpassungen binnen eines Jahres genommen habe. Unbedenklich sei auch die Differenzierung, den überdurchschnittlich abrechnenden Praxen überhaupt kein

Wachstum, den unterdurchschnittlich abrechnenden, bereits etablierten Praxen ein Wachstum um jährlich 3 % und den neu geschaffenen (bis zu fünf Jahre bestehenden) ein unbegrenztes Wachstum bis zum Fachgruppendurchschnitt zuzubilligen (§ 7 Abs 3 Satz 2 und Abs 8 HVM). Dies sei durch Besonderheiten in der Phase des Aufbaus einer Praxis gerechtfertigt. Die Regelung, überdurchschnittlich abrechnenden Praxen jeglichen Zuwachs zu verwehren, sei ebenfalls rechtmäßig. Der Ansicht der Kläger, sie überschritten den für HNO-Ärzte geltenden Punktzahlengrenzwert in Wahrheit nicht, weil dieser vor Einführung der Individualbudgets 2.030.409 Punkte je Arzt betragen habe, könne nicht gefolgt werden. Damals - bis zum 30. Juni 1999 - habe ein abweichendes Vergütungssystem mit einer anderen Berechnungsmethode gegolten. Die seit dem 1. Juli 1999 geltende Einschaltung der Variablen der Fachgruppenquote (§ 7 Abs 2 Satz 3 und 4 HVM), nämlich die Quotierung der fachgruppenbezogenen und individuellen Punktzahlengrenzwerte entsprechend dem im jeweiligen Honorartopf zur Verfügung stehenden Honorarvolumen - zur Gewährung eines Punktwerts von 10 Pf -, verringere zwar die berücksichtigte Punktmenge, erhöhe dafür aber den Punktwert. Unbedenklich sei auch, dass das den einzelnen Fachgruppen zur Verfügung stehende Honorarvolumen nicht entsprechend den Steigerungen der Arztzahlen erhöht werde.

Die Kläger machen mit ihrer Revision geltend, der Ausschluss jeglichen Punktzahlzuwachses bei Praxen, die wie sie ein Abrechnungsvolumen oberhalb des ihnen zugebilligten Individualbudgets und oberhalb des Fachgruppendurchschnitts hätten, verletze sie in ihren Rechten aus § 85 Abs 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und aus Art 3 und 12 Grundgesetz (GG). Auch ihnen müsse der jährliche Anstieg der Gesamtvergütungen zugute kommen. Die Art und Weise der Ausgestaltung der Individualbudgets seien ebenfalls zu beanstanden. Diese sollten an sich feste Punktwerte ermöglichen, der vorliegende HVM verbinde indessen Individualbudgets mit einer floatenden Quotierung der Gesamtvergütung für jede Fachgruppe. Um einen Punktwert von 10 Pf zu erreichen, werde die Zahl der zu vergütenden Punkte um ca 20 % abgestaffelt. Die Individualbudgets ließen sich nicht durch die Budgetierung der Gesamtvergütung rechtfertigen, weil im Jahr 1999 keine strikte Budgetierung mehr bestanden habe. Zusammen mit den damals noch geltenden Praxisbudgets des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) liege eine doppelte und damit unverhältnismäßige Belastung vor. Eine übermäßige Belastung ergebe sich auch aus der erheblichen Verringerung der vergüteten Punktzahlen im Vergleich mit dem vorher in Kraft gewesenen HVM. Die Punktzahlengrenzwerte seien zudem fachgruppenbezogen einheitlich festgelegt worden, obgleich zahlreiche Arztgruppen inhomogen seien. Soweit das LSG darauf verweise, dass nur 60 % des Honorars von den Individualbudgets betroffen seien und 40 % vorab gezahlt würden, sei zweifelhaft, ob alle Leistungsbereiche und Arztgruppen gleichmäßig betroffen seien. Rechtswidrig sei weiterhin, dass die Punkte oberhalb des Punktezahlengrenzwertes nicht vergütet würden, sowie, dass die Honorierung quartalsbezogen und nicht jahresweise erfolge, ferner, dass "nicht verbrauchte" Punkte nicht auf andere Behandlungsfälle desselben Quartals oder in andere Quartale übertragen werden könnten. Die Begrenzungen widersprächen den Maßstäben für Fallzahlzuwächse, die jährlich grundsätzlich 5 % und dies auch für Praxen mit überdurchschnittlichem Honorarvolumen betragen müssten. Die Punktekürzungen um mehr als 15 % hätten die Beklagte auf Grund der ihr obliegenden Beobachtungs- und Reaktionspflicht längst zur Nachbesserung ihres HVM veranlassen müssen. Die bisher erfolgten Anpassungen reichten nicht aus. Rechtswidrig sei schließlich auch, dass das Honorarvolumen und die zu honorierende Punktemenge erst nach Quartalsschluss feststünden, mit der Folge, dass der Vertragsarzt sich nicht auf ein bestimmtes Honorar einstellen könne.

Die Kläger beantragen,

die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 23. Juli 2003 und des Sozialgerichts Düsseldorf vom 14. August 2002 zu ändern sowie die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 13. April 2000 - in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Januar 2001 - zu verurteilen, über ihre Honoraranforderungen für das Quartal IV/1999 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Die Beklagte verteidigt das angefochtene Berufungsurteil. Die Versagung weiterer Umsatzsteigerungen für bereits überdurchschnittlich abrechnende Praxen sei rechtmäßig, denn entsprechend den Urteilen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 21. Oktober 1998 und vom 28. April 1999 könne von grundsätzlich gleich bleibenden Verhältnissen in den Praxen ausgegangen werden.

II

Die Revision der Kläger ist nicht begründet. Der angefochtene Honorarbescheid ist rechtmäßig. Zutreffend hat das LSG entschieden, dass die Regelungen des HVM der Beklagten, die dem Honorarbescheid zu Grunde liegen, rechtmäßig sind.

Rechtsgrundlage für Regelungen über Honorarbegrenzungen durch sog individuelle Leistungsbudgets ist § 85 Abs 4 Satz 1 bis 3 SGB V (in der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988, BGBl I S 2477, geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999, BGBl I S 2626). Danach haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄVen) die Gesamtvergütung nach Maßgabe des HVM an die Vertragsärzte zu verteilen; bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen. Bei der Ausgestaltung des HVM haben die KÄVen einen Gestaltungsspielraum, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Satzung ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist (BSGE 89, 173, 175 = SozR 3-2500 § 85 Nr 45 S 370; BSG SozR aaO Nr 44 S 360). Der HVM muss mit der Ermächtigungsgrundlage in Einklang stehen und insbesondere das in § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars (vgl BVerfGE 33, 171, 184 = SozR Nr 12 zu Art 12 GG S Ab 15 R; BSGE 81, 213, 217 = SozR 3-2500 § 85 Nr 23 S 152) sowie den aus Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit beachten (hierzu zuletzt BSG, Urteil vom 11. September 2002 - B 6 KA 30/01 R = SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 408). Honorarbegrenzungsregelungen können den sich daraus ergebenden Maßstäben widersprechen, weil Honorarkürzungen bei Überschreitung sog individueller Leistungsbudgets zur Folge haben, dass sich das Honorar vermindert, obwohl auch die Leistungen, die nicht in die Vergütung mit einbezogen sind, der Leistungsbeschreibung im EBM-Ä entsprechend erbracht worden sind. Bei dem Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars handelt es sich jedoch nur um einen Grundsatz. Von diesem darf abgewichen werden, wenn die KÄV damit andere billigenswerte Zwecke verfolgt (BSGE 89, 173, 175 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 45 S 370 f; BSG SozR aaO Nr 44 S 360; Nr 48 S 408). Solche anerkennenswerten Zielsetzungen können in einer Stabilisierung des Auszahlungspunktwertes durch die Begrenzung des Anstiegs der zu vergütenden Leistungsmenge liegen, weil auf diese Weise den Vertragsärzten für einen bestimmten Anteil des vertragsärztlichen Honorars eine gewisse Kalkulationssicherheit gewährleistet wird.

Die HVM-Regelungen der Beklagten, auf denen der angefochtene Honorarbescheid beruht, stehen mit den sich aus § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ergebenden Anforderungen in Einklang.

§ 7 HVM in der zum 1. Juli 1999 beschlossenen Fassung (Rheinisches Ärzteblatt (RhÄrzteBl) 9/1999 S 59 ff) sieht für jede Praxis ein individuelles Leistungsbudget in Form eines Punktzahlengrenzwertes für das Gros der von ihr erbrachten Leistungen vor (Abs 1 Satz 1). Davon ausgenommen sind Notfall-, Präventions-, Impf-, Methadon- und psychotherapeutische Leistungen, die hausärztliche Grundvergütung, die übrigen Vorwegzahlungen nach § 6 Abs 3 - wie zB Fremdkassenausgleich, Dialyse-Kostenerstattungen - sowie bestimmte Labor-Kostenanteile (Abs 1 Satz 3). Der Punktzahlengrenzwert wird aus den - um die vorgenannten Leistungen bereinigten - Honorarumsätzen der Quartale III/1997 bis II/1998 errechnet (Abs 6 mit Detailregelungen in § 7a Abs 2), wovon 3 % abgezogen werden (§ 7 Abs 1 Satz 4 - für die Finanzierung neuer Praxen und des bestimmten Praxen erlaubten Zuwachses). Bei Ärzten, deren Niederlassungsdauer am 30. Juni 1999 weniger als 21 Quartale betrug, können auf Antrag die Umsätze vier anderer Quartale zu Grunde gelegt werden (§ 7a Abs 6). Diese DM-Beträge ergeben multipliziert mit 10 (dem Faktor zur Umrechnung der DM-Beträge auf eine am Wert von 10 Pf orientierte Punktzahl) das zulässige Punktzahlvolumen (§ 7 Abs 2 Satz 1). Darüber hinaus abgerechnete Punkte "werden nicht vergütet" (Abs 1 Satz 2 und Abs 2 Satz 2). Ein Punktzahlzuwachs wird nur Praxen gewährt, die unter dem durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der jeweiligen Fach-/Untergruppe abrechnen (Abs 3 Satz 1 iVm Abs 4 HVM - Tabelle -, hier für HNO-Ärzte 969.311 Punkte bzw für Gemeinschaftspraxen aus zwei Ärzten 1.938.622 Punkte). Der Zuwachs ist auf 3 %, jeweils bezogen auf das Honorarvolumen im Vorjahresquartal bzw seit dem 1. Januar 2000 bezogen auf dasjenige im Bemessungszeitraum, begrenzt (Abs 3 Satz 2 HVM, - Änderung vom 2. Dezember 1999, RhÄrzteBl 1/2000 S 59, 66 f); nur für neu niedergelassene Ärzte ist 20 Quartale lang unbegrenzter Zuwachs möglich (Abs 8). Das hiernach für den einzelnen Arzt zulässige Punktzahlvolumen wird entsprechend dem im jeweiligen Honorartopf zur Verfügung stehenden Honorarvolumen so weit quotiert, dass ein Punktwert von 10 Pf gewährt werden kann (Abs 2 Satz 3 und 4). Der Vorstand der Beklagten kann aber bei besonderen Umständen des Einzelfalls - auf Antrag - Zuschläge auf den individuellen Punktzahlengrenzwert bewilligen sowie erforderlichenfalls weitere (Ausnahme-)Regelungen beschließen (§ 7a Abs 7 Buchst d und Abs 8). Die Beklagte hat die Bestimmungen nachträglich durch Neuregelungen in §§ 7a, 7b HVM ergänzt (Beschluss vom 2. Dezember 1999, RhÄrzteBl 1/2000 S 59, 68 f, 73 mit Inkrafttreten teils zum 1. Juli 1999, im Übrigen zum 1. Januar 2000).

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

Entsprechendes gilt für die Einführung der individuellen Leistungsbudgets durch die Beklagte. Mit diesen Regelungen will die Beklagte durch eine Begrenzung der zu vergütenden Punktmenge bei bestimmten Leistungen eine Stabilisierung des Punktwertes für den einzelnen Arzt erreichen. Dieser soll in dem vom Budget erfassten Bereich 10 Pf betragen (§ 7 Abs 2 HVM). Damit hat der einzelne Arzt für die Leistungsmenge in Höhe seines individuellen Budgets Kalkulationssicherheit in dem Sinne, dass er bei ungefähr gleich bleibenden Behandlungsfällen und -voraussetzungen schon zu Beginn eines Quartals die Höhe des insoweit zu erwartenden Honorars sicherer abschätzen kann. Ausweitungen der Leistungsmenge durch andere Ärzte wirken sich in dem durch das individuelle Budget gesicherten Bereich nicht aus. Bei der von der Beklagten angestrebten Stabilisierung des Auszahlungspunktwertes und der damit verbundenen Schaffung einer gewissen finanziellen Kalkulationssicherheit handelt es sich um ein im Rahmen des § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit billigenswertes Ziel (stRspr, zB BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 44 S 362).

Die Einwände, die gegen die Einführung sog individueller Leistungsbudgets und ihrer im HVM der Beklagten vorgenommenen Ausgestaltung erhoben worden sind, greifen ganz überwiegend nicht durch. So ist nicht zu beanstanden, dass durch § 7 Abs 1 Satz 3 iVm § 6 Abs 3 HVM zahlreiche Leistungsbereiche nicht von den Individualbudgets erfasst werden, diese sich vielmehr auf Teilbereiche beschränken, die das Berufungsgericht auf durchschnittlich ca 60 % geschätzt hat. Es besteht keine Verpflichtung der KÄVen, bei Einführung individueller Leistungsbudgets diese auf alle Leistungsbereiche zu erstrecken. Demgemäss hat die Rechtsprechung des BSG Individualbudgets, die auf Teile der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit begrenzt waren, als rechtmäßig beurteilt (s die zitierten Urteile vom 21. Oktober 1998 und vom 28. April 1999 mit Regelungen nur für die konservierend-chirurgischen Leistungen oder nur für diese zuzüglich der Parodontose- und Kieferbruchbehandlungen). Auch das Fehlen einer sog Restvergütungsregelung führt nicht zur Rechtswidrigkeit der HVM-Bestimmungen (s den Fall BSGE 81, 213 = SozR aaO Nr 23).

Rechtlich unbedenklich ist gleichfalls die Kombination von Individualbudgets und floatendem Element, die hier durch die in § 7 Abs 2 Satz 3 und 4 HVM geregelte Quotierung des für den einzelnen Arzt zulässigen Punktzahlvolumens entsprechend dem im jeweiligen Honorartopf zur Verfügung stehenden Honorarvolumen zur Gewährung eines Punktwerts von 10 Pf vorgenommen worden ist (vgl dazu BSGE 81, 213 = SozR aaO Nr 23 mit erst nachträglicher Festlegung des Abrechnungswerts auf 97 Punkte; ebenso BSGE 83, 52, 54 = SozR aaO Nr 28 S 203; s auch BSG SozR aaO Nr 27 S 194 f zur Kombination des Individualbudgets mit einer flexiblen Restleistungsvergütung, die aber auch entfallen kann, aaO S 195). Der Einwand, die Quotierung bewirke eine ungerechtfertigte Reduzierung der zu vergütenden Punkte, trifft nicht zu. Durch die Quotierung wird lediglich nominell die Punktzahl verringert, damit für die so verminderte Punktzahl dann ein Punktwert von 10 Pf gewährt werden kann. Für das sich letztlich ergebende Honorarvolumen bleibt es gleich, ob einer größeren Punktzahl ein entsprechend verminderter Punktwert oder - nach einer "Quotierung" - einer geringeren Punktzahl ein entsprechend erhöhter Punktwert zugeordnet wird. Dagegen kann auch nicht mit Erfolg eingewandt werden, letztlich bleibe ein Teil der durch ärztliche Tätigkeit erarbeiteten Punkte unvergütet. Die Einführung von Honorarobergrenzen bedeutet nicht, dass für einzelne Leistungen oder Teile von ihnen keine Vergütung

gewährt werde; vielmehr wird lediglich das Ausmaß der Vergütungen insgesamt der Höhe nach begrenzt, sodass das auf die einzelne Leistung entfallende Honorar entsprechend der größeren Anzahl erbrachter Leistungen sinkt (s BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 411 mwN). Daran ändert die Terminologie des § 7 Abs 1 Satz 2, Abs 2 Satz 2 HVM (" ... werden nicht vergütet") nichts.

Die Bemessung der Individualbudgets muss nicht an Punktmengen, sondern kann - wie hier gemäß § 7 Abs 6 HVM - an Honorarumsätze anknüpfen, die in DM bemessen sind (vgl zB BSGE 83, 52, 54 f, 57 = SozR aaO Nr 28 S 203, 206). Dabei können auch Honorarvolumina aus zurückliegenden (Bemessungs-)Zeiträumen zu Grunde gelegt werden (ebenso bei Honorartöpfen: BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 409 oben; - und bei einem gesetzlichen Ausgabenvolumen: BSGE 90, 111, 117 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 49 S 421). Gleichfalls unbedenklich ist die weitere Begrenzung gemäß § 7 Abs 1 Satz 4 HVM, wonach die zu vergütende Punktmenge um eine 3 %ige Zurückstellung gemindert wird. Diese ist, wie in dieser Rechtsnorm ausdrücklich angeführt ist, für die Finanzierung neuer Praxen und des bestimmten Praxen erlaubten Zuwachses erforderlich. Dementsprechend hat der Senat auch bisher solche Reduzierungen nicht beanstandet (vgl BSGE 83, 52, 55 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 28 S 204 f zu einer Minderung um 8 bzw 10 %; ebenso BSG USK 98 178 S 1065 f, 1068 und BSG SGb 1999, 524, 525 ff; - weitergehend BSG MedR 1999, 472, 474 zu einer Reduzierung um bis zu 15 %). Der Rechtmäßigkeit der hier zu beurteilenden Regelung steht weiterhin nicht entgegen, dass sie keine Übertragung "nicht verbrauchter" Punkte auf andere Quartale zulässt. Weder aus der bisherigen Rechtsprechung noch sonst ergeben sich rechtliche Ansatzpunkte dafür, dass bei Individualbudgets eine solche Möglichkeit bestehen müsste.

Nach den Regelungen des § 7a HVM können Sondersituationen durch Ausnahmeentscheidungen berücksichtigt werden (vgl dazu zB BSGE 83, 52, 61 = SozR 3-2500 § 85 Nr 28 S 210). Danach ist es ua möglich, bei Aufbaupraxen als Bemessungsgrundlage die Umsätze vier anderer Quartale zu Grunde zu legen (Abs 6), aus Gründen einer atypisch veränderten Versorgungslage Zuschläge zum individuellen Punktzahlengrenzwert zu bewilligen (Abs 7 Buchst d) oder weitere (Ausnahme-)Regelungen zu beschließen (Abs 8).

Rechtlich unbedenklich ist die nachträgliche, teils rückwirkende Inkraftsetzung ergänzender Bestimmungen in §§ 7a, 7b HVM (idF vom 2. Dezember 1999, RhÄrzteBl 1/2000 S 59, 68 f), nachdem die "Grundregelung" des § 7 HVM bereits im Juni 1999 verkündet worden war (allgemein zur grundsätzlichen Unschädlichkeit erst späterer rückwirkender Inkraftsetzungen und Festlegungen: BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 31 S 239 f; - Ausnahmen gelten nur in Sonderfällen, vgl dazu BSG, Urteil vom 24. September 2003 - B 6 KA 41/02 R -, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen).

Zwischenzeitliche Änderungen des SGB V haben der in der Rechtsprechung des BSG anerkannten Berechtigung der KÄVen, Regelungen über Individualbudgets zu treffen, nicht die Grundlage entzogen. So enthalten die Bestimmungen, die die Schaffung von Regelleistungsvolumina ermöglichen (§ 85 Abs 4 Satz 6 und 7 SGB V idF des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998, BGBl I 3853), keine abschließenden Gestaltungsvorgaben, wie schon die einleitende Formulierung "Insbesondere" ergibt. Die 1996/97 durch den EBM-Ä eingeführten Teil- bzw Praxisbudgets stehen der Schaffung von Individualbudgets schon deshalb nicht entgegen, weil sie die Gestaltungsfreiheit der KÄVen im Rahmen ihres Honorarverteilungsmaßstabes grundsätzlich nicht beseitigen (s hierzu BSGE 86, 16, 26 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 125 f; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 410 f). Auch das Auslaufen der für die Jahre 1993 bis 1998 bestehenden Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen (vgl § 85 Abs 3 bis 3c SGB V und weitere Regelungen, s dazu BSGE 86, 126, 140 = SozR 3-2500 § 85 Nr 37 S 301) hat keine grundlegenden Änderungen bewirkt. Nach wie vor bestehen Begrenzungen - jedenfalls in Gestalt des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (s im Einzelnen BSG aaO; - für 1999 s auch Art 14 GKV-SolG) -, die einen sachlichen Grund darstellen können, diese auf die verschiedenen Arztgruppen bzw Leistungsbereiche "herunterzubrechen" und den einzelnen Vertragsärzten in Form von Honorarobergrenzen oder Individualbudgets weiterzugeben (vgl zB BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 409).

Rechtlich zu beanstanden sind die Regelungen lediglich insoweit, als sie nicht in ausreichendem Maße Rücksicht auf unterdurchschnittlich abrechnende Praxen nehmen, insbesondere diesen mit nur 3 % keine ausreichende Zuwachsmarge eingeräumt haben (vgl hierzu die Darlegungen im Urteil vom heutigen Tag im Verfahren B 6 KA 54/02 R, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen). Dies wirkt sich jedoch auf die Kläger des hier zu entscheidenden Verfahrens nicht aus, weil sie zu den überdurchschnittlich abrechnenden Praxen gehören. Daher bedarf es hier dazu keiner näheren Ausführungen.

Zuwachsmöglichkeiten können überdurchschnittlich abrechnenden Praxen dagegen im Rahmen von Regelungen über Individualbudgets der vorliegenden Art insgesamt verwehrt werden. Dies folgt aus dem mit diesen Budgets verfolgten Gesamtkonzept.

Den hier streitigen Regelungen des HVM liegt das Ziel zu Grunde, der einzelnen vertragsärztlichen Praxis für das ihr zuerkannte individuelle Leistungsbudget einen Auszahlungspunktwert von 10 Pf zu garantieren. Es handelt sich um ein umfassendes, striktes Modell, das Ausnahmeregelungen enge Grenzen setzt. Zur Erreichung des angestrebten Zieles wird nicht nur im Wege des Individualbudgets die der einzelnen Praxis zu vergütende Punktzahlanforderung begrenzt (§ 7 Abs 1 HVM), sondern es werden auch für Fachgruppen bzw Untergruppen gruppenbezogene Honorarbudgets (Honorartöpfe) mit einem bestimmten prozentualen Anteil der zur Honorierung noch zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung gebildet (§ 6 Abs 4a HVM), sodass sich Erhöhungen der Punktzahlanforderungen bei einzelnen Fachgruppen nicht auf andere auswirken. Zudem werden die Wirkungen von Punktzahlerhöhungen innerhalb des einzelnen Fachgruppen-Honorartopfes begrenzt. Da sich nämlich sowohl der jeweils pro Quartal zur Verfügung stehendende Gesamtvergütungsanteil als auch die Gesamtpunktzahlanforderung der Fachgruppe ändern, wird - um einen Auszahlungspunktwert von 10 Pf zu erreichen - ggf das der einzelnen Praxis zuerkannte Individualbudget in Höhe der Quote verringert, die sich aus dem Verhältnis des im Honorartopf der Fachgruppe zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumens und der Gesamtpunktzahl der Fachgruppe ergibt. Restvergütungen für Punktzahlanforderungen oberhalb des jeweiligen praxisbezogenen Individualbudgets werden nicht gewährt.

Nur in ihrer Kombination können diese Regelungen einen Auszahlungspunktwert für die zu vergütenden Punkte in Höhe von 10 Pf gewährleisten. Alle Maßnahmen, die darauf hinauslaufen, das der einzelnen Praxis zuerkannte Individualbudget zu erhöhen, führen über den Mechanismus der Quotierung von Vergütungsvolumen und Gesamtpunktzahlanforderung der Fachgruppe dazu, dass der Vergütungsanspruch der anderen Praxen im selben Umfang vermindert wird. Das ist hinzunehmen, soweit Aufbaupraxen und Praxen mit unterdurchschnittlichen Umsätzen aus Gründen der Honorarverteilungsgerechtigkeit die Möglichkeit eingeräumt werden muss, die Honorarumsätze bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe zu steigern (vgl dazu im Einzelnen Urteil vom 10. Dezember 2003 - B 6 KA 54/02 R -, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen). Bei solchermaßen durch Individualbudgets begrenzten Honoraransprüchen der einzelnen Praxis besteht aber kein Anspruch von Aufbaupraxen und Praxen mit unterdurchschnittlichen Umsätzen auf Teilnahme an der

Honorarverteilung in einem Umfang, der über den Durchschnittsumsatz der Fachgruppe hinausgeht. Das heißt, diese Praxen sind in ihrem Wachstum auf den Durchschnittsumsatz der Fachgruppe begrenzt. In der Konsequenz der Honorarbegrenzungsregelungen der Beklagten liegt es, dass Praxen mit einem Individualbudget, das oberhalb des durchschnittlichen Umsatzes der Fachgruppe liegt, keine Steigerungsmöglichkeit mehr zugestanden wird. Diese ließe sich weder mit der Beschränkung des Wachstums von Aufbaupraxen und Praxen mit unterdurchschnittlichen Umsätzen auf den Fachgruppendurchschnitt noch damit vereinbaren, dass Wachstumsmöglichkeiten von Praxen mit überdurchschnittlichen Umsätzen zu einem Absinken des den einzelnen Praxen zu vergütenden Honoraranspruchs führen würde. Das Zugestehen von Zuwachsmöglichkeiten für alle Praxen würde im Ergebnis die Honorarbegrenzungsmaßnahmen im HVM der Beklagten unterlaufen und damit im Wertungswiderspruch zu der durch § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V gerechtfertigten Zielsetzung stehen, über eine Punktwertstabilisierung den Vertragsärzten die Kalkulierbarkeit ihrer Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit zu verbessern (vgl hierzu zB BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 44 S 362).

Das Ergebnis, dass bei diesem auf eine umfassende Umsatzbegrenzung ausgerichteten Modell überdurchschnittlich abrechnende Praxen keinen Anspruch auf weitere Zuwachsmöglichkeiten haben, steht nicht im Widerspruch zu den Entscheidungen des Senats vom 13. März 2002 (B 6 KA 1/01 R = BSGE 89, 173, 182 ff = SozR 3-2500 § 85 Nr 45 S 378 f; weitere unveröffentlichte Urteile vom selben Tag: B 6 KA 13/01 R, 14/01 R, 35/01 R). Hier hat der Senat zwar ausgesprochen, dass Praxen generell die Möglichkeit haben müssten, in gewissem Umfang ihre Fallzahlen zu steigern (hierzu s auch BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 411). Diese Aussage kann auf solche Honorarbegrenzungsmodelle nicht übertragen werden, bei denen nicht isoliert an der Fallzahl angesetzt wird, sondern bei denen umfassend der Honoraranspruch der einzelnen Praxis durch ein Individualbudget begrenzt wird.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 Sozialgerichtsgesetz in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 24 S 115 ff).
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2004-05-17