BUNDESSOZIALGERICHT

Im Namen des Volkes

Verkündet am
14. Dezember 2011

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 4/11 R

L 11 KA 55/07 (LSG Nordrhein-Westfalen)
S 14 KA 127/06 (SG Düsseldorf)

……,

Kläger und Revisionsbeklagter,

Prozessbevollmächtigter: ……..,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein,
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf,

Beklagte und Revisionsklägerin,

beigeladen:

1. AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,
   Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf,

2. IKK classic,
   Tannenstraße 4b, 01099 Dresden,

3. BKK-Landesverband NORDWEST,
   Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen,

4. Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen,
   Regionaldirektion Düsseldorf,
   Merowingerstraße 103, 40225 Düsseldorf,

   Prozessbevollmächtigter: ……..,

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

5. Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
als Trägerin der Kranken- und Pflegeversicherung,
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum,

6. Verband der Ersatzkassen e.V. - vdek,
Askanischer Platz 1, 10963 Berlin,

7. Kassenärztliche Bundesvereinigung,
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin,

8. GKV-Spitzenverband,
Mittelstraße 51, 10117 Berlin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 14. Dezember 2011 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richter Prof. Dr. C l e m e n s und E n g e l h a r d sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. S e e g e r s und Dr. K o r s c h a n o w s k i für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 8. September 2010 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

G r ü n d e :

I

1 Im Streit steht die Höhe vertragsärztlichen Honorars für das Quartal II/2005, insbesondere die Rechtmäßigkeit des der Berechnung zugrunde gelegten Honorarverteilungsvertrages (HVV).

2 Der Kläger nahm im streitbefangenen Zeitraum als Facharzt für Chirurgie im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Mit Bescheid vom 31.10.2005 setzte die Beklagte das dem Kläger für das Quartal II/2005 zustehende Honorar auf 31 113,63 Euro fest. Da das angeforderte Punktzahlvolumen des Klägers (863.235,0 Punkte) das durch den HVV vorgegebene individuelle (zulässige) Punktzahlvolumen (915.269,0 Punkte) nicht überschritt, kam es zu keiner Kürzung nach § 7 HVV.

3 Widerspruch und Klage, mit denen der Kläger im Wesentlichen geltend gemacht hat, HVV und Honorarbescheid seien rechtswidrig, da der HVV entgegen der Gesetzeslage weiterhin die Bildung von Individualbudgets vorgebe, sind erfolglos geblieben *(Widerspruchsbescheid vom*

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

6.4.2006, Urteil des SG vom 25.7.2007). Das LSG hat auf die Berufung des Klägers das Urteil des SG abgeändert und die Beklagte verurteilt, unter Aufhebung des Honorarbescheides für das Quartal II/2005 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 6.4.2006 über das vertragsärztliche Honorar des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden *(Urteil des LSG vom 8.9.2010)*.

4 Zur Begründung hat es ausgeführt, der HVV entspreche nicht den Vorgaben des § 85 Abs 4 Satz 7 und 8 SGB V und erfülle auch nicht die Voraussetzungen der im Beschluss des Bewertungsausschusses (BewA) zur Festlegung von Regelleistungsvolumina (RLV) durch die KÄV gemäß § 85 Abs 4 SGB V vom 29.10.2004 *(BRLV - DÄ 2004, A 3129 ff)* in dessen Teil III. Nr 2.2 normierten Übergangsregelung. Der ab dem 1.4.2005 geltende HVV genüge diesen Vorgaben insofern nicht, als er wie der zuvor maßgebliche HVV für das Gros der vom Kläger erbrachten Leistungen ein Individualbudget in Form eines Punktzahlgrenzwerts auf der Basis der Abrechnungswerte der Quartale III/1997 bis II/1998 vorsehe. Nach dem Mechanismus des HVV floate der Punktwert im Ergebnis. Diese Regelungen seien nicht mit dem nach § 85 Abs 4 SGB V vorgegebenen System der RLV vereinbar und stellten auch keine zulässige Ausnahme dar. Sie seien ein Aliud, denn ihnen lägen keine arztgruppenspezifischen Grenzwerte zugrunde, bis zu denen die Leistungen des Vertragsarztes mit einem festen Punktwert zu vergüten seien. Die umstrittenen Bestimmungen entsprächen auch nicht der Übergangsregelung. Zwar liege eine Fortführung vorheriger Regelungen bzw Steuerungsinstrumente vor, da das Steuerungsinstrument "Individualbudgetierung" ohne grundlegende Änderung aus dem bis zum 31.3.2005 geltenden HVV übernommen worden sei, jedoch habe dieser HVV entgegen der Übergangsvorschrift keine Steuerungsinstrumente enthalten, deren Auswirkungen mit den Vorgaben des § 85 Abs 4 Satz 7 und 8 SGB V vergleichbar wären.

5 Zwar seien die Ziele der Steuerungsinstrumente "RLV" und "Individualbudgetierung" weitgehend identisch, nämlich dem Arzt eine gewisse Kalkulationssicherheit zu verschaffen, jedoch komme es entscheidend auf die Vergleichbarkeit der Auswirkungen an. Das Steuerungsinstrument "Individualbudget" sei in seinen "Auswirkungen" mit den normativen Vorgaben des § 85 Abs 4 Satz 7 und 8 SGB V und damit jenen des RLV nicht vergleichbar. Soweit der Honorierung vertragsärztlicher Leistungen RLV zugrunde lägen, stehe vor Leistungserbringung fest, wie die jeweilige ärztliche Leistung vergütet werde; demgegenüber bewirke des Steuerungsinstrument Individualbudget lediglich, dass der Vertragsarzt die Höhe des zu erwartenden Honorars sicherer abschätzen könne. Die Fachgruppen-Quote nach dem HVV entspreche dem sich aus der Topfbildung für jede Arztgruppe ergebenden Punktwert und erweise sich daher nur als ein - vom Leistungsverhalten der Arztgruppe abhängiger - Berechnungsfaktor. Da der Vertragsarzt unter der Geltung von RLV angesichts fester Punktwerte grundsätzlich Kenntnis von der Höhe der Vergütung für jede einzelne ärztliche Leistung habe, könne er dort sein Leistungsverhalten, soweit es dem Grunde nach steuerbar sei, situationsadäquat anpassen. Die Auswirkungen seien auch insoweit unterschiedlich, als

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

durch die Individualbudgetierung der Umsatz gesteuert werde, während das RLV-System entscheidend bei den Fallzahlen ansetze. Schließlich lasse sich die Regelung auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung rechtfertigen, da sie schon von ihrer Struktur her in Widerspruch zu höherrangigen Vorgaben stehe.

6 Mit ihrer Revision rügt die Beklagte die Verletzung von Bundesrecht. Mit der Einführung der RLV habe allein die Kalkulationssicherheit für den einzelnen Arzt im Vordergrund stehen sollen. Damit orientiere sich die Feststellung der Vergleichbarkeit der Auswirkungen von RLV und Individualbudget daran, ob das Ziel "Kalkulationssicherheit" erreicht sei. Da das LSG dies bejaht habe, sei die Vergleichbarkeit der Auswirkungen beider Steuerungsinstrumente gegeben. Der Vertragsarzt könne unter Geltung beider Steuerungsinstrumente sein Leistungsgeschehen im jeweils aktuellen Abrechnungsquartal ausschließlich über das Punktzahlvolumen anpassen. Ausschließlich der abgerechnete bzw anerkannte Gesamtleistungsbedarf in Punkten führe bei einem Mehr an Leistungsmenge zu einem floatenden individuellen Punktwert (praxisindividuelle Quote). Ebenso wenig könne aber eine Steigerung der Fallzahl im aktuellen Abrechnungsquartal Auswirkungen auf das RLV haben; auch hier sei ausschließlich das Punktzahlvolumen maßgebender Parameter für die tatsächliche Vergütung im RLV.

7 Gedeckelte Gesamtvergütung und feste Vergütungspunktwerte schlössen sich allerdings aus. Mithin könne die Vergleichbarkeit der Auswirkungen der Steuerungsinstrumente auch nicht mit der Begründung verneint werden, die Steuerung des Leistungsverhaltens erfolge abweichend. Letzteres gelte umso mehr, als die Entwicklung gezeigt habe, dass nicht die gesamte Abrechnung von RLV dirigiert werde, sondern diese vielmehr nur einen Bestandteil des Honorars darstellten. Im Ergebnis sei eine (relative) Kalkulierbarkeit beim Individualbudget und RLV gleichermaßen gegeben.

8 Bei der Beurteilung der Frage, ob die Fortführung der Individualbudgets den Vorgaben der Übergangsregelung entspreche, sei auf den Empfängerhorizont des Vertragsarztes abzustellen. Erklärte Ziele des Gesetzgebers seien die Etablierung einer Leistungsbeschränkung bei gleichzeitiger Garantie von Kalkulationssicherheit gewesen. Diese gesetzlichen Ziele würden durch die in § 7 HVV normierte Individualbudgetierung für den Adressaten, den Vertragsarzt, mindestens ebenso erreicht, wie sie bei Einführung von RLV im Quartal II/2005 hätten erreicht werden können. Nach Einschätzung der Beklagten hätten diese Ziele sogar ausschließlich bei Fortführung der Individualbudgetierung erreicht werden können, denn die Vertragspartner des HVV seien sich darüber einig gewesen, dass die Transcodierungsliste zur Simulation von Abrechnungsergebnissen nach dem neu zum 1.4.2005 eingeführten Einheitlichen Bewertungsmaßstab keine gesicherte Datenlage ermöglicht habe. Daher seien deutliche Honorarverwerfungen zu erwarten gewesen. Bei beiden Steuerungsinstrumenten könne der Bescheidadressat die Leistungsgrenze erkennen.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

9 Die Mengenbegrenzung durch die Individualbudgetierung in Nordrhein habe bundesweit eine der rigidesten Begrenzungsmechanismen dargestellt. Mit den RLV habe der Normgeber nicht eine bloße Beschränkung der Leistung, sondern gleichzeitig eine Ausrichtung des Leistungsverhaltens auf den Kern der arztgruppentypischen Leistungen erreichen wollen. Der Kern der ärztlichen Leistungen zur Versorgung der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten habe durch die gesetzliche Regelung über RLV so weit als möglich geschützt werden sollen. Gerade dieser Gedanke sei auch der Individualbudgetierung immanent.

10 Auch bei RLV werde aus Sicht des Normadressaten der feste Punktwert nur rechnerisch realisiert. Sowohl Individualbudgetierung als auch RLV könnten nur einen festen Punktwert vortäuschen, solange die Gesamtvergütung begrenzt sei und das Leistungsgeschehen durch das Morbiditätsrisiko bestimmt werde. Die streitbefangene HVV-Regelung erfülle auch das Erfordernis, dass sie von der Zielrichtung der RLV nicht wegführe. Es stelle sich die Frage, welches Steuerungsinstrument vergleichbar sei, wenn nicht diese Regelung. Schließlich habe eine Neubescheidung und Neuverteilung des Honorars unter Anwendung von RLV weitreichende Konsequenzen.

11 Die Beklagte beantragt,

> das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 8.9.2010 abzuändern und die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 25.7.2007 zurückzuweisen.

12 Der Kläger beantragt,

> die Revision zurückzuweisen.

13 Das LSG habe zu Recht festgestellt, dass RLV und Individualbudget hinsichtlich der "Auswirkungen" nicht vergleichbar seien. Im Rahmen eines Individualbudgets habe der Vertragsarzt nur Kenntnis von einer Punktsumme, nicht jedoch von dem Vergütungsbetrag in Euro. Es fehle auch ein arztgruppenspezifischer Grenzwert, denn die Individualbudgets bauten auf ganz unterschiedlichen individuellen Entwicklungen in den Referenzquartalen auf. Der entscheidende Unterschied zwischen Individualbudget und RLV sei, dass die Vergütung im Rahmen des RLV in einem Betrag ausgewiesen werde und vor dem Quartal feststehe, während sich im Rahmen des Individualbudgets die Vergütung erst im Nachhinein und abhängig von der Fachgruppenquote ergebe. Der Punktwert im Rahmen eines Individualbudgets sei floatend; es sei zu keinem Zeitpunkt der kalkulatorische Punktwert von 5,11 Cent gezahlt worden, sondern eine floatende Vergütung zwischen 65 % und 100 %.

14 Die Beigeladenen haben weder Anträge gestellt noch sich geäußert.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

II

15 Die Revision der Beklagten ist nicht begründet.

16 Das LSG hat die Beklagte zu Recht zur erneuten Entscheidung über den Honoraranspruch des Klägers für das Quartal II/2005 verpflichtet; denn dem Honorarbescheid fehlt es an einer wirksamen Rechtsgrundlage. Die Honorarverteilungsregelungen, auf deren Grundlage der Honorarbescheid erging, verstoßen gegen höherrangiges Recht. Der HVV, den die Beklagte und die Krankenkassen mit Wirkung ab dem 1.4.2005 vereinbart hatten, entsprach nicht den Vorgaben des § 85 Abs 4 Satz 7 SGB V *(unten 1.)*. Er erfüllte auch nicht die Voraussetzungen der Übergangsregelung in Teil III. Nr 2.2 des Beschlusses des BewA vom 29.10.2004 *(DÄ 2004, A 3129) (unten 2.)*.

17 1. Die Regelungen des HVV waren nicht mit den Vorgaben des § 85 Abs 4 Satz 7 SGB V vereinbar, wie das LSG zutreffend festgestellt hat.

18 a. Nach § 85 Abs 4 Satz 7 SGB V sind 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 sind zwei Vorgaben, nämlich die Festlegung arztgruppenspezifischer Grenzwerte und fester Punktwerte; gemäß § 85 Abs 4 Satz 8 SGB V kommt hinzu, dass für die darüber hinausgehenden Leistungsmengen abgestaffelte Punktwerte vorzusehen sind *(BSGE 106, 56 = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 14; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 40)*.

19 Das Erfordernis der Festlegung fester Punktwerte (anstelle sog floatender Punktwerte) stellt eine zentrale und strikte Vorgabe dar *(BSGE 106, 56 = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 40)*. Nicht im selben Maße strikt ist die Vorgabe der Festlegung "arztgruppenspezifischer Grenzwerte": Dies muss nicht als arztgruppen"einheitliche" Festlegung ausgelegt werden in dem Sinne, dass der gesamten Arztgruppe dieselben RLV zugewiesen werden müssten. Vielmehr kann dem Erfordernis arztgruppenspezifischer Grenzwerte auch eine Regelung genügen, die eine arztgruppeneinheitliche Festlegung nur bei den Fallpunktzahlen vorgibt, dann deren Multiplikation mit den individuellen Behandlungsfallzahlen vorsieht und so zu praxisindividuellen Grenzwerten führt *(BSGE 106, 56 = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 15)*. Die zentrale Bedeutung der Vorgaben des § 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V hat der Gesetzgeber dadurch zusätzlich deutlich gemacht, dass er die bis dahin bestehenden bloßen Soll- und Kann-Vorschriften *(Satz 6: "… soll sicherstellen …" und Satz 7: "Insbesondere kann …" sowie Satz 8: "… kann …")* mit Wirkung ab 1.1.2004 zu verbindlichen Regelungen umgestaltet hat *("… hat … vorzusehen" und "… sind … festzulegen …" sowie "… ist vorzusehen …")*. Diese Änderung wird in den Begründungen

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

zum Gesetzentwurf auch ausdrücklich hervorgehoben *(BT-Drucks 15/1170 S 79 und BT-Drucks 15/1525 S 101)*. 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 *(BSG aaO RdNr 15 aE)*.

20 b. Von den beiden Elementen des § 85 Abs 4 Satz 7 SGB V - arztgruppenspezifische Grenzwerte (im Sinne eines RLV) und feste Punktwerte - wich der HVV ab, den die Beklagte und die Verbände der Krankenkassen mit Wirkung ab dem 1.4.2005 vereinbart hatten.

21 Der HVV sah - nach den Ausführungen des LSG gemäß seiner Zuständigkeit für die Feststellung des Inhalts von Landesrecht *(vgl § 162 SGG und dazu BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 28 RdNr 27 mwN)* - ebenso wie der zuvor maßgebende HVV in § 7 Ziff 1 HVV ein Individualbudget in Form eines Punktzahlengrenzwertes für das Gros der vom einzelnen Vertragsarzt erbrachten Leistungen auf der Basis der Abrechnungswerte der Quartale III/1997 bis II/1998 vor. Davon ausgenommen waren Notfall-, Präventions-, Impf-, Methadon- und psychotherapeutische Leistungen, die hausärztliche Grundvergütung, die übrigen Vorwegzahlungen nach § 6 Ziff 3 HVV (zB Fremdkassenausgleich, Dialyse-Kostenerstattungen) sowie bestimmte Labor-Kostenanteile *(§ 7 Ziff 1 Abs 3 HVV)*. Nach dem Mechanismus des HVV wurde der Punktzahlengrenzwert aus den um die vorgenannten Leistungen bereinigten individuellen Honorarumsätzen der Quartale III/1997 bis II/1998 bezogen auf Primär- und Ersatzkassen ermittelt, wovon gemäß § 7 Ziff 1 Abs 4 HVV für die Finanzierung von Neuniederlassungen 3 % abgezogen wurden. Der sich so ergebende Umsatz wurde mit dem Faktor 10 multipliziert. Darüber hinausgehende Leistungen unterlagen einer Kürzung auf das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen. Die nach Kürzung gemäß § 7 HVV verbleibenden punktzahlbewerteten Leistungen wurden mit einem rechnerischen Punktwert von 5,11 Cent gemessen an der zur Verfügung stehenden Höhe der Gesamtvergütung bewertet mit der Folge, dass sich quartalsweise eine Fachgruppenquote ergab, die auf das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen anzuwenden war *(§ 7 Ziff 2 Abs 1 HVV)*.

22 Nach den Feststellungen des LSG floatete damit im Ergebnis der Punktwert bzw der vergütete Leistungsbedarf. Dies stand in Widerspruch zu der Vorgabe fester Punktwerte in der Regelung des § 85 Abs 4 Satz 7 SGB V. Das LSG hat zudem festgestellt, dass den Regelungen des HVV auch keine arztgruppenspezifischen Grenzwerte im Sinne des § 85 Abs 4 Satz 7 SGB V bzw von RLV im Sinne der Vorgaben des BewA zugrunde liegen. Ob der HVV dieselben Ziele wie die Regelung in § 85 Abs 4 Satz 7 SGB V verfolgt, ist nicht maßgeblich. Allein eine möglicherweise gleichwertige Zielsetzung kann nicht den Mangel ausgleichen, dass es an den nach dem

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Wortlaut des § 85 Abs 4 Satz 7 SGB V erforderlichen Regelungen - feste Punktwerte und arztgruppenspezifische Grenzwerte - fehlt *(s schon BSGE 106, 56 = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 18)*.

23 2. Die Bestimmungen des HVV können auch nicht aufgrund der Übergangsregelung in Teil III. Nr 2.2 BRLV Geltung beanspruchen. Zwar ist diese Übergangsregelung dem Grunde nach von der Ermächtigung des § 85 Abs 4a Satz 1 iVm Abs 4 Satz 4 bis 8 SGB V gedeckt und somit wirksam *(siehe hierzu BSGE 106, 56 = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 20 ff)*, doch werden die dort festgelegten Voraussetzungen - Fortführung von Steuerungsinstrumenten, die mit der gesetzlichen Regelung in ihren Auswirkungen vergleichbar sind - nicht erfüllt.

24 a. Anders als in dem vom Senat mit Urteil vom 17.3.2010 *(BSGE 106, 56 = SozR 4-2500 § 85 Nr 54)* entschiedenen Fall fehlt es allerdings nicht bereits an einer Fortführung bisheriger Steuerungsinstrumente in dem Sinne, dass etwaige Änderungen nicht von den Vorgaben des § 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V wegführen dürfen *(BSG aaO RdNr 22, 25)*. Denn nach den Feststellungen des LSG haben die Vertragsparteien den bis zum 31.3.2005 geltenden HVV im Grundsatz nicht verändert, sondern lediglich modifiziert bzw nicht systemrelevant ergänzt. Soweit der Senat im Urteil vom 17.3.2010 *(aaO RdNr 22)* offengelassen hat, ob der Austausch einzelner Bestimmungen zulässig ist, ergänzt er diese Ausführungen dahingehend, dass einzelne Änderungen des HVV der Annahme einer "Fortführung" nicht entgegenstehen, sofern die wesentlichen Grundzüge des Steuerungsinstruments unverändert bleiben.

25 b. Nach dem Inhalt der maßgeblichen Regelungen des HVV ist - wie das Berufungsgericht zutreffend festgestellt hat - nicht erkennbar, dass der fortgeführte HVV den Anforderungen der Übergangsregelung entsprach. Nach Teil III. Nr 2.2 BRLV konnten in einer KÄV zum 31.3.2005 bereits vorhandene Steuerungsinstrumente im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene für eine Übergangszeit fortgeführt werden, wenn sie "in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in § 85 Abs 4 SGB V vergleichbar sind". Die Auswirkungen der fortgeführten Steuerungsinstrumente waren jedoch nicht mit den Vorgaben des § 85 Abs 4 SGB V vergleichbar.

26 aa. Das in der Übergangsregelung normierte Tatbestandsmerkmal der "vergleichbaren Auswirkungen" bedarf der Auslegung bzw Konkretisierung.

27 (1) Bei dieser Auslegung ist zunächst der Umfang der Regelungskompetenz des BewA in den Blick zu nehmen, da er die Grenzen einer ermächtigungskonformen Auslegung bestimmt. Nach § 85 Abs 4a Satz 1 letzter Teilsatz SGB V bestimmt der BewA "den Inhalt" der nach § 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V zu treffenden Regelungen. Bei der Konkretisierung des Inhalts dieser Regelungen ist dem BewA Gestaltungsfreiheit eingeräumt *(vgl hierzu BSGE 106, 56 = SozR*

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 20 unter Hinweis auf BSGE 105, 236 = SozR 4-2500 § 85 Nr 53, RdNr 26).

28 Hierzu hat der Senat mit Urteil vom 17.3.2010 *(BSGE 106, 56 = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 21)* ausgeführt: "Welches Maß an Gestaltungsfreiheit dem BewA zukommt, ist nach der Wesensart der Ermächtigungsvorschrift des § 85 Abs 4a Satz 1 letzter Teilsatz SGB V und der ihr zugrunde liegenden Zielsetzung zu bestimmen. Sinn dieser Ermächtigung war und ist es, dass der BewA den Weg zur Anpassung der Honorarverteilungsregelungen in den verschiedenen KÄV-Bezirken an die Vorgaben des § 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V vorzeichnet. Bei der Auslegung der Ermächtigung ist zu berücksichtigen, dass es unter dem Gesichtspunkt des Interesses der Ärzte an einer Kontinuität des Honorierungsumfangs und aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität problematisch gewesen wäre, eine sofortige volle Übereinstimmung mit den Vorgaben des § 85 SGB V erreichen zu wollen. Vielmehr ist es bei solchen Anpassungen sachgerecht, eine nur allmähliche Anpassung genügen zu lassen und übergangsweise noch Abweichungen zu tolerieren. Nicht hinnehmbar wäre es indessen, zu gestatten, dass sich eine Honorarverteilungsregelung gegenüber der bisherigen - sei es auch nur vorübergehend - weiter von den Vorgaben des § 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V entfernt." Der Senat hat in der genannten Entscheidung weiter dargelegt, dass die Übergangsvorschrift in Teil III. Nr 2.2 des Beschlusses des BewA vom 29.10.2004 diesen Anforderungen bei ermächtigungskonformer Auslegung gerecht wurde und es nach dem Wortlaut der Ermächtigungsvorschrift gestattet war, dass bisherige Steuerungsinstrumente, deren Auswirkungen mit den Vorgaben des § 85 Abs 4 SGB V vergleichbar sind, fortgeführt werden *(BSGE 106, 56 = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 22)*.

29 Diese Ausführungen des Senats sind aber nicht in dem Sinne zu verstehen, dass der BewA die KÄVen zu einer - Wortlaut und Intention des Gesetzes entgegenstehenden - beliebigen Fortführung vorhandener Steuerungsinstrumente ermächtigen durfte, auch wenn diese nicht den Mindestanforderungen an eine Vergleichbarkeit der Steuerungsinstrumente entsprechen. Damit ist eine Auslegung der Übergangsvorschrift ausgeschlossen, die faktisch zu einer vollständigen Suspendierung der gesetzlichen Vorgaben - überdies für einen weit über eine Übergangsphase hinausgehenden Zeitraum - führen würde.

30 Bereits der Wortlaut der in § 85 Abs 4a Satz 1 letzter Teilsatz SGB V getroffenen Regelung zielt auf eine Inhaltsbestimmung im Sinne einer "Konkretisierung" und nicht einer (auch nicht vorübergehenden) "Suspendierung" der gesetzlichen Vorgaben ab. Dies gilt umso mehr, als dem Wortlaut der in § 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V in ihren Grundzügen vorgegebenen Regelungen, deren Inhalt der BewA zu bestimmen hat, nur bei eher weiter Auslegung entnommen werden kann, dass auch die Normierung von Übergangsregelungen vorgesehen ist. Unabhängig davon ist ein dahingehender Wille des Gesetzgebers, dass die nähere Ausgestaltung des Inhalts der Regelungen durch den Bewertungsausschuss auch eine großzügige Übergangslösung bis hin zu einer - zeitlich nicht klar befristeten - vollständigen Suspendierung der gesetz-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

lichen Vorgaben umfassen sollte, nicht erkennbar. Auch der dem BewA zustehende Gestaltungsspielraum *(vgl hierzu BSGE 105, 236 = SozR 4-2500 § 85 Nr 53, RdNr 26 ua)* berechtigt diesen nicht dazu, gesetzliche Regelungen faktisch weitgehend leerlaufen zu lassen, da ein Gestaltungsspielraum untergesetzlicher Normgeber nur innerhalb der ihnen erteilten Normsetzungsermächtigung besteht. Nichts anderes gilt schließlich für die Aussage des Senats, dass dem BewA das Recht zuzugestehen ist, eine allmähliche Anpassung an die Vorgaben des § 85 SGB V genügen zu lassen und übergangsweise noch Abweichungen zu tolerieren *(vgl BSGE 106, 56 = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 21; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 52)*. Ziel der zulässigen Übergangsregelung ist nämlich die "Annäherung" an die Vorgaben des § 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V *(BSGE 106, 56 = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 22)*. Dies setzt entweder voraus, dass die zu prüfende Honorarverteilungsregelung dem gesetzlichen Ziel deutlich näher steht als die Vorgängerregelung, oder, dass die Regelung bereits - ohne dass es einer Änderung bedurfte - eine ausreichende Nähe zu den gesetzlichen Vorgaben besitzt.

31 (2) Entgegen der Auffassung der Beklagten stehen vergleichbare Zielsetzungen "vergleichbaren Auswirkungen" nicht gleich. Zum einen stellt die Übergangsregelung nach ihrem klaren Wortlaut nicht auf vergleichbare Ziele, sondern auf vergleichbare Auswirkungen ab. Zum anderen steht einer maßgeblichen Berücksichtigung vergleichbarer Zielsetzungen entgegen, dass die Ziele der hier in Rede stehenden gesetzlichen Regelung derart allgemein gefasst sind, dass sie den Zielen einer Vielzahl anderer Regelungen entsprechen. Durch die Vorgabe von RLV soll erreicht werden, dass die von den (Vertrags-)Ärzten erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Grenzwert mit festen Punktwerten vergütet werden und den Ärzten insoweit Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihrer Praxisumsätze und -einkommen gegeben wird; durch die Vergütung der den Grenzwert überschreitenden Leistungen mit abgestaffelten Punktwerten soll zum einen der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung getragen und zum anderen der ökonomische Anreiz zur übermäßigen Leistungsausweitung begrenzt werden *(vgl Begründung zum Gesetzentwurf - GMG, BT-Drucks 15/1525 S 101 zu Art 1 Nr 64 Buchst h Doppelbuchst cc = § 85 SGB V; dies entspricht im Wesentlichen der ursprünglichen Begründung bei Einfügung der Norm durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz <GKV-SolG>, vgl Ausschussbericht zum GKV-SolG, BT-Drucks 14/157 S 34 zu Art 1 Nr 13 Buchst b Doppelbuchst cc)*.

32 Das Ziel, den Vertragsärzten Kalkulationssicherheit zu geben, charakterisiert (und rechtfertigt) jedoch unter der Geltung einer Budgetierung der Gesamtvergütungen jegliche Form von Honorarbegrenzungsregelungen *(vgl zu Individualbudgets: BSGE 83, 52, 56 = SozR 3-2500 § 85 Nr 28 S 205; BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, RdNr 11; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 45 RdNr 29; zu Praxisbudgets: BSGE 86, 16, 17 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 116 sowie BSG Urteil vom 8.12.2010 - B 6 KA 42/09 R - SozR 4-2500 § 85 Nr 61 RdNr 26; zu Teilbudgets: BSG Urteil vom 29.6.2011 - B 6 KA 17/10 R - RdNr 20, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; zu Fallzahlzuwachs-Begrenzungsregelungen: BSGE 89, 173, 182 = SozR 3-2500 § 85 Nr 45 S 378; zu progressiven Honorareinbehalten: BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 28 RdNr 14;*

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

zu Richtgrößen- und Umsatzregelungen: BSGE 96, 1 = SozR 4-2500 § 85 Nr 22, RdNr 28 ff; zur Vorgabe gleich hoher Budgets für alle (Zahn-)Ärzte: BSGE 96, 53 = SozR 4-2500 § 85 Nr 23, RdNr 24). Würde man daher (allein) auf eine vergleichbare Zielsetzung abstellen, hätte die Übergangsregelung des BRLV eine (nahezu) uneingeschränkte Fortführung vorhandener Steuerungsinstrumente in den Honorarverteilungsregelungen ermöglicht.

33 Schon mit Urteil vom 17.3.2010 *(BSGE 106, 56 = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 18)* hatte der Senat ausgeführt, dass es nicht darauf ankomme, ob die vorhandene Regelung dieselben Ziele wie § 85 Abs 4 Satz 7 SGB V verfolge; allein eine möglicherweise gleichwertige Zielsetzung könne nicht den Mangel ausgleichen, dass es an den nach dem Wortlaut des § 85 Abs 4 Satz 7 SGB V erforderlichen Regelungen - feste Punktwerte und arztgruppenspezifische Grenzwerte - fehle. Diese Ausführungen betreffen zwar die Frage, ob der HVV die gesetzlichen Vorgaben eingehalten hat, lassen sich jedoch auch auf die Prüfung übertragen, ob die Vorgaben der Übergangsregelung eingehalten worden sind. Denn wenn eine ggf gleichwertige Zielsetzung nicht das Fehlen wesentlicher Bestandteile der Regelung ersetzen kann, ist sie auch nicht geeignet, die Vergleichbarkeit verschiedener Regelungen zu belegen.

34 (3) Die somit allein als Prüfungs- bzw Vergleichsmaßstab heranzuziehenden konkreten "Auswirkungen" der honorarbegrenzenden Regelungen des HVV der Beklagten waren mit den "Auswirkungen" der gesetzlichen Regelung in § 85 Abs 4 Satz 7 und 8 SGB V nicht vergleichbar. Wie bereits oben *(unter 1.a.)* dargelegt, sind deren Kernpunkte die Festlegung arztgruppenspezifischer Grenzwerte sowie fester Punktwerte nebst abgestaffelter Punktwerte für die darüber hinausgehenden Leistungsmengen. Wesentliche "Auswirkung" der gesetzlichen Regelung ist mithin, dass ein definiertes RLV gebildet wird, innerhalb dessen die erbrachten Leistungen mit einem festen Punktwert vergütet werden.

35 (a) An einer hinreichenden Vergleichbarkeit der "Auswirkungen" fehlt es in Bezug auf den vorliegend maßgeblichen HVV schon deswegen, weil dort der Grenzwert bzw das Vergütungsvolumen nicht anhand arztgruppenspezifischer (Durchschnitts-)Werte bestimmt wird, sondern ihm - im Sinne eines klassischen Individualbudgets - arztindividuelle Werte aus vorangegangenen Vergütungszeiträumen zugrunde liegen. § 85 Abs 4 Satz 7 SGB V setzt jedoch ein RLV voraus, das auf arztgruppendurchschnittlichen Werten beruhen muss; diesem strukturell vergleichbare Auswirkungen haben nur Grenzwerte, die ebenfalls auf Durchschnittswerten beruhen. Dies ist eine Mindestvoraussetzung der Vergleichbarkeit; ihr Fehlen führt zur Rechtswidrigkeit der HVV-Regelung.

36 Der Gesetzgeber ist mit der Vorgabe arztgruppenspezifischer Grenzwerte erkennbar von der in den KÄVen weit verbreiteten und von der Rechtsprechung grundsätzlich gebilligten Praxis abgewichen, Honorarbegrenzungsregelungen in Form von Individualbudgets zu normieren. Dass es sich bei der arztgruppenbezogenen Bestimmung des Grenzwerts bzw des Vergütungsvo-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

lumens um eine grundlegende Richtungsentscheidung des Gesetzgebers handelt, zeigt sich zudem daran, dass auch für die vom 1.1.2009 bis 31.12.2011 geltenden RLV die Werte nach Arztgruppen festzulegen waren *(§ 87b Abs 3 Satz 1 SGB V)*. Arztgruppenspezifische Werte liegen weiterhin den Richtgrößen im Arzneimittelbereich *(vgl § 84 Abs 6 Satz 1 SGB V)* und letztlich auch der Degressionsregelung im vertragszahnärztlichen Bereich *(vgl § 85 Abs 4b Satz 1 SGB V)* zugrunde.

37 Hinzu kommt, dass es für die vom Gesetzgeber mit der Einführung von RLV - neben dem Aspekt der Kalkulationssicherheit - verfolgten Ziele der Berücksichtigung von Kostendegression und Mengenbegrenzung sehr wohl von Bedeutung ist, anhand welcher Kriterien der maßgebliche Grenzwert bzw das "privilegierte" Vergütungsvolumen bestimmt wird. Durch die Vergütung der den Grenzwert überschreitenden Leistungen mit abgestaffelten Punktwerten - und damit im Ergebnis schon durch die Bestimmung des hierfür maßgeblichen Grenzwerts - soll zum einen der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung getragen und zum anderen der ökonomische Anreiz zur übermäßigen Leistungsausweitung begrenzt werden *(vgl Begründung zum Gesetzentwurf - GMG, BT-Drucks 15/1525 S 101 zu Art 1 Nr 64 Buchst h Doppelbuchst cc = § 85 SGB V)*. Im Hinblick auf diese Ziele ist es sehr wohl von Bedeutung, ob zur Bestimmung des "privilegierten" Vergütungsvolumens arztgruppenspezifische Durchschnittswerte herangezogen werden oder ob diesem das - ggf "übermäßige" - individuelle Abrechnungsverhalten des Vertragsarztes in der Vergangenheit zugrunde gelegt wird. Es liegt auf der Hand, dass sich das Ziel einer Mengenbegrenzung sachgerechter anhand von arztgruppenspezifischen Durchschnittswerten als durch eine Fortschreibung vorhandener Besitzstände erreichen lässt. Zu berücksichtigen ist schließlich, dass Durchschnittswerte den Versorgungsbedarf der Versicherten zuverlässiger widerspiegeln als arztindividuelle Werte.

38 Der erkennende Senat hat bereits in seinen Urteilen zum Hessischen HVV eine auf der Grundlage praxisindividueller Punktzahl-Obergrenzen geregelte Honorarverteilung (die in Hessen bis I/2005 galt) als eine Regelungsstruktur bezeichnet, deren Auswirkungen nicht mit den Vorgaben des § 85 Abs 4 SGB V vergleichbar seien *(vgl BSGE 105, 236 = SozR 4-2500 § 85 Nr 53, RdNr 23; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 21 ff)*. Auch in seinen Urteilen vom 18.8.2010 *(SozR 4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 39 ua)* hat er ausgeführt, dass ohne normative Grundlage die ggf mit der Einführung von RLV für die Vertragsärzte verbundenen Vorteile nicht so begrenzt werden dürften, dass anstelle der RLV faktisch praxisindividuelle Budgets - bezogen auf die von den einzelnen Praxen im Referenzquartal erreichten Vergütungen - zur Anwendung kommen; konkret hat der Senat beanstandet, dass ungeachtet der in Hessen formal bestehenden RLV mit festen Punktwerten als Folge der korrigierenden Ausgleichsregelung die abgerechneten Leistungen in einer Form vergütet wurden, die einem praxisindividuellen Individualbudget weitgehend vergleichbar waren *(aaO RdNr 42)*.

39

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

(b) Da bereits die arztindividuelle Bezogenheit des Vergütungsvolumens im HVV einer Vergleichbarkeit der Auswirkungen entgegensteht, bedarf es keiner abschließenden Entscheidung, ob eine Vergleichbarkeit der Auswirkungen zumindest hinsichtlich der Vorgabe fester Punktwerte gegeben ist. Das ist jedenfalls entgegen der Auffassung des Klägers nicht von vornherein ausgeschlossen.

40 Die HVV-Regelung setzt nicht beim Preis, sondern bei der Menge der mit festen Preisen vergüteten Leistungen an, indem sie zwar für einen bestimmten Teil der erbrachten Leistungen einen festen Punktwert von 5,11 Cent garantiert, das derart vergütete Punktzahlvolumen allerdings mit der Quote der Fachgruppe in Prozent multipliziert und damit - im Regelfall - faktisch reduziert. Die in § 7 Ziff 2 HVV geregelte Fachgruppen-Quote entspricht dem prozentualen Anteil der Leistungen, die tatsächlich aus den zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungen mit einem Punktwert von 5,11 Cent vergütet werden können. Zwar ließe sich einwenden, dass diese Fachgruppen-Quote (spiegelbildlich) dazu führt, dass es an der Vorgabe eines festen Punktwerts fehlt, weil der angegebene rechnerische Punktwert von 5,11 Cent durch seine Bindung an das Gesamtvergütungsvolumen und die Bildung einer Fachgruppen-Quote relativiert wird und sich die Quotierung faktisch so auswirkt, als würde der Punktwert floaten *(vgl dazu bereits BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 411)*. Wirtschaftlich macht es für den Vertragsarzt keinen Unterschied, ob er seine Leistungen vollständig vergütet erhält, aber der Preis von der Menge der insgesamt abgerechneten Leistungen abhängig ist, oder ob ihm feste Preise zugesichert werden, dies aber nur für eine erst im Nachhinein feststehende Menge gilt. Allerdings macht die Beklagte zu Recht geltend, dass die Festlegung "absolut" fester Punktwerte unter der Geltung einer gedeckelten Gesamtvergütung von vornherein ausgeschlossen ist. Denn bei gedeckelter Gesamtvergütung wird die Vorgabe fester Punktwerte nur dadurch ermöglicht, dass entweder die RLV bzw Grenzwerte so (niedrig) bemessen werden, dass die gezahlten Gesamtvergütungen ausreichen, um alle erfassten Leistungen mit dem vorgesehenen Punktwert zu vergüten, oder dass dies zu Lasten der "freien Leistungen" geht. So hat auch der Senat eingeräumt, dass ein gewisses Floaten der Punktwerte nicht zu vermeiden ist, das System der RLV bei begrenzter Gesamtvergütung vielmehr eine Quotierung voraussetze *(BSG Urteil vom 8.12.2010 - B 6 KA 42/09 R - SozR 4-2500 § 85 Nr 61 RdNr 16)*.

41 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm einer entsprechenden Anwendung der §§ 154 ff VwGO. Danach hat die Beklagte die Kosten des erfolglos eingelegten Rechtsmittels zu tragen *(§ 154 Abs 2 VwGO)*. Eine Erstattung der Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, da diese im Revisionsverfahren keine Anträge gestellt haben *(§ 162 Abs 3 VwGO; vgl BSGE 96, 257 = SozR 4-1300 § 63 Nr 3, RdNr 16)*.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS