L 5 KA 678/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 10 KA 4968/10
Datum
20.12.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 678/12
Datum
24.10.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20.12.2011 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert wird endgültig auf 12.832,64 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen Honorarkürzungen auf Grundlage der am 09.11.2009 mit Wirkung zum 01.01.2009 zwischen der Beklagten und den Krankenkassen abgeschlossenen "Vereinbarung über Verfahrensregelungen zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten, bedingt durch die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in 2009" (Konvergenzvereinbarung).

Die Klägerin ist als Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in K. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Im Quartal II/2009 kürzte die Beklagte den Honoraranspruch der Klägerin in Anwendung der Konvergenzvereinbarung um einen Betrag in Höhe von 6.077,92 EUR, im Quartal III/2009 um einen Betrag in Höhe von 6.754,72 EUR zur Finanzierung von Ausgleichsleistungen an Ärzte mit überproportionalen Honorarverlusten.

Ausgangspunkt für den Erlass der Konvergenzvereinbarung war die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (NVV) durch Einführung der ab dem 01.01.2009 geltenden Euro-Gebührenordnung nach [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) sowie die nach [§ 87b Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch -SGB V- (in der ab dem 01.04.2007 geltenden Fassung des GKV-WSG vom 26.03.2007, [BGBl I, S. 378](#)) vom Bewertungsausschuss festzulegenden arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina -RLV-, die der Gesetzgeber zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis vorgenommen hat. Ein RLV ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist ([§ 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Die das RLV überschreitende Leistungsmenge ist mit abgestaffelten Preisen zu vergüten ([§ 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V](#)). Der Gesetzgeber hat dem Bewertungsausschuss vorgegeben, die Werte für die RLV morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen ([§ 87b Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)). Ferner war bei der Bestimmung der RLV die Summe der für einen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung nach [§ 87a Abs. 3 SGB V](#) insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen ([§ 87b Abs. 3 Satz 2 Ziff. 1 SGB V](#)). Der Bewertungsausschuss hatte erstmalig bis zum 31.08.2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV und dabei Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen u.a. zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten ([§ 87b Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB V) zu bestimmen.

Entsprechende bundeseinheitliche Vorgaben erließ der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) in seinem Grundsatzbeschluss zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vom 27./28.08.2008. In Teil F dieses Beschlusses legte der EBA unter Ziff. 3.7 (Bl. 69 Senatsakte) zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste Folgendes fest:

"Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, können die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich befristete

Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge."

In Teil G des Beschlusses legte der EBA die Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach [§ 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V](#) fest. Diese lauten:

"1. Von der Summe der für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach [§ 87a Abs. 3 SGB V](#) insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen werden Anteile für die Bildung von Rückstellungen verwendet: - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, - für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen), - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten, - für Praxisbesonderheiten gem. [§ 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) und - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F Anlage 2 Nr. 2.

2. Die Partner der Gesamtverträge stellen gemeinsam bis zum 15. November 2008 neben der für die Zuweisung der Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 5 SGB V](#) anzuwendenden Berechnungsformel nach [§ 87b Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) auch die Summe der Rückstellungen nach Nr. 1 für das Jahr 2009 fest.

3. Die Bildung der Rückstellungen und ihre Auflösung bzw. Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unter Berücksichtigung der im Jahr 2007 für die unter Nr. 1 genannten Sachverhalte aufgewendeten Vergütung. Im Jahr 2009 erwartete Änderungen des damit verbundenen Vergütungsbedarfs sind zu beachten. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

4. Eine Über- oder Unterdeckung wird im Folgequartal berücksichtigt."

Da das mit den Regelungen in § 87b SGBV verfolgte Ziel, über die nach bundeseinheitlichen Kriterien zu bestimmenden Regelleistungsvolumina die regional unterschiedlichen Kriterien der Honorarverteilung zu beseitigen, sich aufgrund der regional durch unterschiedlich hohe Gesamtvergütungen und unterschiedliche Honorarverteilungsmaßstäbe -HVM- geprägte Versorgungsstrukturen nicht erreichen ließ (vgl. Hess in Kasseler Kommentar, [§ 87b SGB V](#) RdNr. 2), fasste der EBA in seiner 9. Sitzung am 15.01.2009 einen Ergänzungsbeschluss zu seinem Grundsatzbeschluss vom 27./28.08.2008 und traf darin in Teil A Regelungen für eine Konvergenzphase für die Vereinheitlichung der Umsetzung der arzt- und praxisbezogenen RL. Dieses Regelungen lauten:

"1. Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen sind die im Beschlussteil F des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 7. Sitzung vom 27./28. August 2008 beschlossenen Regelungen, insbesondere zu den Praxisbesonderheiten (Ziffer 3.6), zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten (Ziffer 3.7) und zur Modifikation von relevanten Arztgruppen (Anlage 1), anzuwenden. Sollte es nach Anwendung dieser Regelungen nachweislich weiterhin zu überproportionalen Honorarverlusten und zu Problemen der Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen kommen, können die Partner der Gesamtverträge einvernehmlich - ab dem 1. April 2009 und zeitlich begrenzt bis zum 31. Dezember 2010 - das unter den Ziffern 2. bis 4. dargestellte Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Regelleistungsvolumen (Konvergenzverfahren) beschließen, sofern die Honorarverluste nicht durch von der Praxis zu verantwortende Gründe entstanden und durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik begründet sind. Es ist sicherzustellen, dass bei der Bewertung der Höhe der Honorarverluste der GKV-Gesamtumsatz einer Praxis einschließlich der zu erwartenden Vergütung für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und einschließlich der Vergütung aus Vorwegabzügen berücksichtigt wird.

2. Soweit die Gesamtvertragspartner Sonderregelungen nach 1. treffen, werden diese mit dem Ziel einer schrittweisen Anpassung der Regelleistungsvolumen an die sich aus der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ergebenden Regelleistungsvolumen ausgestaltet. Hierzu legen die Partner der Gesamtverträge prozentuale Grenzwerte für die Höhe der Umsatzveränderungen im Vergleich zum Vorjahresquartal fest. Dabei kann von der Vorgabe des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009, Beschluss Teil F, 3.7 zur Höhe des Honorarverlustes, abgewichen werden. Die fortlaufenden Anpassungen des EBM mit Wirkung ab 1. Januar 2008 sind versorgungsbereichs- und arztgruppenbezogen zu berücksichtigen.

Die Anwendung der Beschränkung der Umsatzveränderungen der einzelnen Arztpraxen auf die mit den Grenzwerten festgelegte Höhe erfolgt unter den folgenden Bedingungen:

a. Die die festzulegenden Grenzwerte nach 2. überschreitende Höhe der Umsatzveränderung im Vergleich zum Vorjahresquartal ist nicht durch von der Praxis zu verantwortende Gründe entstanden, nicht gewollt und durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik begründet.

b. Der GKV-Umsatz der jeweiligen Praxis im Abrechnungsquartal weicht um mehr als die vereinbarte Höhe der Grenzwerte gemäß 2. vom Umsatz des Vorjahresquartals ab.

c. Der Fallwert der jeweiligen Praxis im Abrechnungsquartal weicht um mehr als die vereinbarte Höhe der Grenzwerte gemäß 2. vom entsprechenden Fallwert des Vorjahresquartals ab.

3. - 6. ()

7. Die Regelungen unter den Ziffern 1. bis 6. lösen keine Nachschusspflicht der Krankenkassen aus und sind nicht schiedsfähig. Bei der Bildung von Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung und bei den Vorwegabzügen gemäß Beschluss Teil F des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung sind die Auswirkungen der Anwendung von Ziffern 1. bis 3. zum Zwecke der Vermeidung von Unterdeckungen zu berücksichtigen.

Diesen Beschluss änderte der EBA nochmals in seiner 10. Sitzung am 27.02.2009 und bestimmte Folgendes: 1. Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen können die Partner der Gesamtverträge einvernehmlich - ab dem 1. April 2009 und zeitlich begrenzt bis zum 31. Dezember 2010 — ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (Konvergenzverfahren) beschließen, sofern diese Honorarverluste durch die Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik begründet sind.

2. Soweit die Partner der Gesamtverträge ein Verfahren nach 1. beschließen, wird dieses mit dem Ziel einer schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen an die sich aus der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ergebenden Vorgaben ausgestaltet.

3. - 7. ()

8. Die Regelungen unter den Ziffern 1. bis 5. lösen keine Nachschusspflicht der Krankenkassen aus und sind nicht schiedsfähig. Bei der Bildung von Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung und bei den Vorwegabzügen gemäß Beschluss Teil F des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung sind die Auswirkungen der Anwendung von Ziffern 1. bis 3. zum Zwecke der Vermeidung von Unterdeckungen zu berücksichtigen.

Auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben und der Beschlüsse des EBA hat die Beklagte in der mit den Krankenkassen geschlossenen Honorarverteilungsvereinbarung (HVV) für das Jahr 2009 in § 12 folgende Regelung aufgenommen:

"§ 12 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

1. Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, prüft die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Arztes, inwiefern eine befristete Ausgleichszahlung an die Arztpraxis erfolgen kann. Die Ausgleichszahlung erfolgt versorgungsbereichsspezifisch aus den Rückstellungen gemäß Teil B Anlage 3. Sie wird geleistet bis 85 % des Fallwertes des Vorjahresquartals, maximal jedoch bis 85 % des Gesamthonorars des Vorjahresquartals erreicht sind.

2. Voraussetzung hierfür ist, dass die Honorarminderung durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik entstanden ist oder dadurch begründet ist, dass bis zum Quartal 4/2008 vereinbarte extrabudgetäre Leistungen nicht fortgeführt werden.

3. Das Nähere regelt die KVBW."

Neben dem HVV schloss die Beklagte mit den Krankenkassen am 09.11.2009 mit Wirkung zum 01.01.2009 und Gültigkeit bis zum 31.12.2009 die "Vereinbarung über Verfahrensregelungen zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten, bedingt durch die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in 2009 (Konvergenzvereinbarung)". In § 2 der Konvergenzvereinbarung heißt es:

§ 2 Konvergenz 1. Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis und das Honorar je Fall für ambulant erbrachte Leistungen der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (ohne Laborleistungen und -kosten des Kap. 32 EBM, Kosten und Wegegebühren, Leistungen des Kap. 35.2 EBM) um mehr als 5 % gegenüber dem Vorjahresquartal - bezogen auf die im entsprechenden Quartal des Jahres 2009 gültige Definition der Leistungsbereiche - erfolgt eine Ausgleichszahlung.

2. Die Ausgleichszahlung wird bis 95 % des Fallwertes, maximal jedoch bis 95 % des Honorars, jeweils bezogen auf das entsprechende Vorjahresquartal und den nach 1. definierten Leistungsbereichen, geleistet. Voraussetzung für eine Ausgleichszahlung ist, dass das Regelleistungsvolumen der betroffenen Arztpraxis ausgeschöpft ist.

3. Honorarsteigerungen im Bereich der Leistungen außerhalb der MGV - bezogen auf die im entsprechenden Quartal des Jahres 2009 gültige Definition der Leistungsbereiche - sowie der Leistungen des Kap. 35.2 EBM werden mit dem Ausgleichsbetrag nach 2. verrechnet. Dies gilt nicht für Leistungen aus Selektivverträgen (§§ 73 b, c, 140 d).

()

7. Die Ausgleichszahlung nach 2. wird quartalsweise unter Berücksichtigung der nach folgenden Bestimmungen durch die KVBW im Rahmen der Honorarverteilung sichergestellt: a) Zur Finanzierung der Ausgleichszahlungen nach 2. werden die Honorarumsätze derjenigen Praxen einer Quotierung zugeführt, deren Honorarumsätze für Leistungen der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (ohne Laborleistungen und -kosten des Kap. 32 EBM, Kosten und Wegegebühren, Leistungen nach Kap. 35.2 EBM) im aktuellen Abrechnungsquartal um 5 % über den entsprechenden Vorjahreshonorarumsätzen liegen. Verluste im Bereich der Leistungen außerhalb der MGV - bezogen auf die im entsprechenden Quartal des Jahres 2009 gültige Definition der Leistungsbereiche - sowie der Leistungen des Kap. 35.2 EBM werden hierbei berücksichtigt.

b) Die Ausgleichszahlungen nach 2. werden aus dem jeweiligen Versorgungsbereich unter Verwendung sämtlicher im Rahmen der Honorarverteilung nicht ausgeschöpften Finanzmittel geleistet.

8. Sofern die für die Ausgleichszahlung nach Nr. 2 benötigten Finanzmittel nicht ausreichen, können folgende Maßnahmen ergriffen werden:

a) Abweichend von Nr. 2 kann eine Ausgleichszahlung nach unten korrigiert werden.

b) Abweichend von Nr. 7 a) können auch die Honorarumsätze derjenigen Praxen einer Quotierung zugeführt werden, deren Honorarumsätze für Leistungen der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (ohne Laborleistungen und -kosten des Kap. 32 EBM, Kosten und

Wegegebühren, Leistungen nach Kap. 35.2 EBM) im aktuellen Abrechnungsquartal um weniger als 5 % im Vergleich zu den entsprechenden Vorjahreshonorarumsätzen gestiegen sind.

In Anwendung der in § 2 Ziff. 7 Buchst. a) der Konvergenzvereinbarung vorgesehenen Quotierungsregelung kürzte die Beklagte die Honorare der Klägerin in den Quartalen II/2009 und III/2009.

Für das Quartal II/2009 ermittelte die Beklagte das Gesamthonorar ausgehend von einem anerkannten RLV in Höhe von 40.342,72 EUR, zzgl. eines Fallwertzuschlags für Sonographie, Psychosomatik und Kleinchirurgie in Höhe von 3.144,20 EUR. Da die Klägerin das RLV um einen Betrag in Höhe von 6.759,26 EUR überschritten hatte, stand ihr insoweit eine quotierte Vergütung mit abgestaffelten Preisen in Höhe von insgesamt 1.385,65 EUR zu. Neben den Leistungen innerhalb und außerhalb des RLV wurden freie Leistungen und Einzelleistungen vergütet. Von dem so errechneten Gesamthonoraranspruch in Höhe von 60.843,18 EUR zog die Beklagte sodann im Konvergenzverfahren einen Betrag in Höhe von 6.077,92 EUR ab, so dass ein Auszahlungsbetrag in Höhe von 54.765,27 EUR verblieb (vgl. Bl. 68 Verwaltungsakten). Den Abzugsbetrag errechnete (vgl. Bl. 67 Verwaltungsakten) die Beklagte aus der Differenz zwischen dem Honorar der Klägerin für das Quartal II/2009 (abzüglich Laborleistungen, Kosten, Wegegebühren, Leistungen außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung -MGV-, Gesamtbetrag: 45.175,56 EUR) und dem sogenannten Grenzwert für den Honorarzuwachs (39.097,63 EUR). Dieser Grenzwert wurde aus einer Multiplikation des konvergenzrelevanten Fallwertes im Quartal II/2008 mit der Fallzahl im Quartal II/2009, zuzüglich 5 % Honorarzuwachtoleranz ermittelt.

Entsprechend berechnete die Beklagte das Honorar für das Quartal III/2009. Hier ergab sich ausgehend von einem Gesamthonoraranspruch in Höhe von 61.439,17 EUR nach Abzug des im Konvergenzverfahren ermittelten Abzugsbetrages in Höhe von 6.754,72 EUR ein Auszahlungsbetrag von insgesamt 54.684,45 EUR.

Diese Beträge setzte die Beklagte mit (nicht bei den Akten befindlichen) Honorarbescheiden vom 14.12.2009 und vom 15.01.2010 fest, nachdem sie zunächst Widersprüchen der Klägerin vom 20.04.2009 und vom 14.07.2009 betreffend die Zuweisung des Regelleistungsvolumens mit Bescheiden vom 22.09.2009 und 28.09.2009 abgeholfen hatte.

Gegen die Honorarbescheide für die Quartale II/2009 und III/2009 legte die Klägerin mit Schreiben vom 13.01.2010 und 03.02.2010 jeweils Widerspruch ein. Zur Begründung wurde u. a. vorgetragen, die Konvergenzregelungen begründeten einen Verstoß gegen das Gleichheitsprinzip. Insbesondere Praxen in der Aufbauphase würden durch die Anknüpfung an Vorjahresquartale aufgrund steigender Umsätze benachteiligt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14.07.2010 wies die Beklagte die Widersprüche zurück. Der Erweiterte Bewertungsausschuss habe Vorgaben zur Honorarverteilung gemacht, die im Honorarverteilungsvertrag (HVV) für 2009 umgesetzt worden seien. § 12 HVV lasse Ausgleichszahlungen bei Honorarverlusten zu. Da nach § 12 Abs. 3 HVV die nähere Regelung der KVBW zugewiesen sei, habe die Beklagte mit ihren Vertragspartnern eine Konvergenzvereinbarung geschlossen. Zur Finanzierung der darin geregelten Ausgleichszahlungen sei eine Quotierung für positive Honorarveränderungen vereinbart worden. Die Quotierung stelle keine Bestrafung dar, sondern sei notwendige Voraussetzung, um das Solidargefüge der Vertragsärzte aufrechtzuerhalten. Die Stützung im Rahmen der Konvergenz müsse von den Vertragsärzten getragen werden, da die Krankenkassen keiner Nachschusspflicht unterlägen. Zur Rechtfertigung dieses Solidarbeitrags werde sichergestellt, dass eine Stützung ausschließlich in den Fällen greife, in denen der Honorarverlust aufgrund der Systematik der Leistungssteuerung verursacht worden sei und nicht auf von der Praxis selbst zu verantwortenden Gründen beruhe. Darüber hinaus sei trotz Quotierung ein Wachstum möglich, da die Wachstumstoleranzgrenze bei 105 % des Vorjahresquartals angesetzt worden sei. Der Rückgriff auf das Vorjahresquartal sei bindend, um die nötige Vergleichbarkeit gewährleisten zu können. Die Anwendung der Konvergenzvereinbarung und die damit verbundenen Honorarabzüge auch bei Praxen in der Aufbauphase, widerspreche nicht dem Gleichheitsprinzip, weil die Zugrundelegung der tatsächlichen Fallzahlen im Rahmen der RLV-Bemessung bereits zu einer Verringerung des jeweiligen konvergenzbedingten Abzugs führe. Zudem werde nur der Betrag in Abzug gebracht, mit dem der Fallwert des Vorjahresquartals um mehr als 5 % überschritten werde.

Am 12.08.2010 erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Stuttgart. Zu Begründung ließ sie vorgetragen, es fehle eine Ermächtigungsgrundlage für die vorgenommenen Honorarkürzungen. Weder das Gesetz noch die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses ließen es zu, Honorarzuwächse von über 5 % nicht zu vergüten. [§ 87b Abs. 3 SGB V](#) gestatte der Beklagten, Anteile der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für den Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten zu verwenden. Damit sei der Beklagten durch ein gesetzlich vorgegebenes Verteilungskriterium ausdrücklich gestattet, zur Finanzierung der Ausgleichszahlungen Rückstellungen zu bilden. Sie sei nicht mehr verpflichtet, die von den Kassen gezahlte Gesamtvergütung vollständig an die Vertragsärzte auszukehren. Dies gehe auch aus den Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses hervor. In seinem Beschluss vom August 2008 habe dieser die gesetzliche Voraussetzung übernommen und gestattet, von der Gesamtvergütung entsprechende Rückstellungen zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten zu bilden. Eine Kompensation der Honorarverluste durch Abschöpfen der Umsatzzuwächse sei nicht zulässig. Die Bildung von Rückstellungen und die damit verbundene Begrenzung der auskehrbaren Gesamtvergütung führe dazu, dass die eingetretenen Umsatzverluste von allen Vertragsärzten bzw. Arztgruppen zu tragen seien. Das Bundessozialgericht habe in seinen Entscheidungen vom 24.08.1994 (- [6 RKA 15/93](#) - und - [6 RKA 21/93](#) -) bereits klargestellt, dass durch Honorarabgrenzung freigemachte Mittel nicht zur Unterstützung ertragschwacher Arztpraxen verwendet werden dürften.

Die Beklagte trat der Klage entgegen und erwiderte, die Honorarkürzungen im Rahmen der Konvergenz seien nicht zu beanstanden. Ein Verstoß gegen höherrangiges Recht liege nicht vor. Die Konvergenzvereinbarung basiere auf Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA). Diesem stehe nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 18.08.2010 - [B 6 KA 27/09 R](#)) ein sehr weiter Gestaltungsspielraum zu. Daher habe er in der Umstellungsphase auf das völlig neue Vergütungssystem entsprechende Regelungen treffen dürfen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss habe die - zeitlich befristete - Konvergenzphase als Phase zur schrittweisen Anpassung der Regelleistungsvolumina bezeichnet. Er habe damit ausdrücklich geregelt, dass die überproportionalen Honorarverluste nicht über Rückstellungen, sondern über Honorarzuwächse bei sogenannten Gewinnerpraxen zu finanzieren seien. Dies werde auch daran deutlich, dass nach den Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses die Auswirkungen der Konvergenzphase bei der Bildung von Rückstellungen und bei den Vorwegabzügen zum Zwecke der Vermeidung von Unterdeckungen zu berücksichtigen seien. Es liege auch kein Verstoß gegen [§ 87b Abs. 3 SGB V](#) vor. Dieser Regelung sei nicht zu entnehmen, dass Ausgleichszahlungen wegen überproportionaler

Honorarverluste nur aus Rückstellungen und dementsprechend von der Gesamtheit der Vertragsärzte, nicht aber von den einzelnen Gewinnern der Honorarreform zu finanzieren seien. Es handele sich nicht um eine zwingende und abschließende gesetzliche Vorgabe, von der nicht in besonderen Situationen eine abweichende Regelung hätte getroffen werden können. Vielmehr habe der Gesetzgeber den mit besonderer Sachkunde ausgestatteten Bewertungsausschuss in § 87 b Abs. 4 SGB V damit beauftragt, die näheren Regelungen zur Ausgestaltung der Honorarreform zu beschließen. Hiermit sei auch die Kompetenz des Bewertungsausschusses zum Erlass der erforderlichen Konvergenzregelungen verbunden. Dass sie, die Beklagte, zur Abschöpfung der Gewinne ermächtigt sei, ergebe sich zudem daraus, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 15.01.2009 im Plural von "Grenzwerten" spreche. Aus der dazu gehörigen Protokollnotiz ergebe sich weiter, dass der GKV-Spitzenverband von Grenzwerten für 2009 in Höhe von "80 % bzw. 120 %" und für 2010 von Grenzwerten von "70 % bzw. 130 %" ausgehe. Dies zeige, dass nach dem Willen der Vertragspartner eine Finanzierung nicht bzw. nur subsidiär durch Rückstellungen zu erfolgen habe. Entsprechendes sei auch einem Rundschreiben der KBV vom 16.01.2009 zu entnehmen.

Mit Urteil vom 20.12.2011 verurteilte das Sozialgericht die Beklagte unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale II/2009 und III/2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.07.2010 über die Honoraransprüche der Klägerin für die Quartale II/2009 und III/2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Die Beklagte sei mit den Bestimmungen in § 2 Ziffer 7 der Konvergenzvereinbarung zur Honorarkürzung bei Gewinnerpraxen von den Vorgaben des Bundesgesetzgebers und des Erweiterten Bewertungsausschusses abgewichen. Der Klägerin sei realiter ein Teil ihres RLV sowie die gesamte abgestaffelte Vergütung für Leistungen, die über das RLV hinausgingen, vorenthalten worden. Mit dieser Regelung hätten die Vertragspartner die bundeseinheitlich vorgegebenen Regelungen faktisch ausgesetzt, die Vergütung in Orientierung an den Honorarumsätzen der Vorjahresquartale vorgenommen und damit eine praxisindividuelle Budgetierung zum Ansatz gebracht, die mit den normativen Vorgaben für die Zeit ab 01.01.2009 nicht vereinbar gewesen sei. Hierfür existiere keine Ermächtigungsgrundlage auf Bundesebene. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15.01.2009 habe nach seiner umfassenden Abänderung seine Gültigkeit verloren und könne deshalb keine Grundlage für die Konvergenzvereinbarung sein. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27.02.2009 bilde ebenfalls keine hinreichende normative Grundlage. Er enthalte keine Regelung zur Vornahme von Honorarkürzungen bei Gewinnerpraxen und könne auch nicht dahingehend ausgelegt werden. Der Beklagten werde in Ziffer 8 des Beschlusses vom 27.02.2009 vielmehr aufgegeben, zur Finanzierung des Konvergenzverfahrens ausreichende Rückstellungen zu bilden. Die Bestimmungen des Beschlusses zeigten auf, dass auch in der Konvergenzphase die Vergütung nach RLV zu erfolgen habe. Die faktische Aussetzung der Vergütung nach RLV werde nicht gestattet. Zu entsprechenden Regelungen wäre der Erweiterte Bewertungsausschuss auch gar nicht berechtigt gewesen, da die weitgehende Suspendierung zwingender gesetzlicher Vorgaben von seinem Gestaltungsspielraum nicht umfasst sei. Die Beklagte könne sich zur Rechtfertigung der Honorarkürzungen auch nicht auf die Finanzierungsnotwendigkeit der Ausgleichszahlungen für Honorareinbußen berufen. Sie sei gehalten, die für einen Ausgleich benötigten Geldmittel in rechtlich zulässiger Form zu beschaffen (BSG, Urt. v. 18.08.2010, B 6 KA 27/09 R). Das Solidargefüge der Vertragsärzte zeichne sich durch eine gleichmäßige Belastung aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte aus. Es sei kein Grund ersichtlich, nur die sogenannten "Gewinnerpraxen" in die Pflicht zu nehmen. Dem stehe das in § 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung der Gesamtvergütung als auch der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit entgegen, insbesondere dann, wenn die "Gewinnerpraxen" einer pauschalen Kürzung ohne Berücksichtigung der Gründe für den Honorarzuwachs unterzogen würden. Honorarzuwächse in der Aufbauphase einer Anfängerpraxis oder aufgrund einer Praxisneuausrichtung würden in keinerlei Korrelation zu reformbedingten Honorarverlusten bei den sogenannten "Verliererpraxen" stehen. Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass deutliche Honorarzuwächse einzelner Arztgruppen oder Praxen infolge der Honorarreform vom Gesetzgeber sogar ausdrücklich gewollt seien, z. B. weil bestimmte Vergütungsanreize hätten gesetzt werden sollen oder das bisherige Honorarniveau als unzureichend angesehen worden sei. Die Beklagte sei verpflichtet gewesen, sich die benötigten Gelder aus der Gesamtvergütung zu Lasten aller Vertragsärzte zu beschaffen und hierfür ggf. Rückstellungen zu bilden. Sie könne sich auch nicht auf den Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung berufen, da die Regelung von vornherein den gesetzlichen Vorgaben zuwider gelaufen sei und deshalb auch nicht nur für eine Übergangsphase toleriert werden könne.

Gegen das ihr am 31.01.2012 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 16.02.2012 Berufung eingelegt. Sie wiederholt und vertieft ihr Vorbringen aus dem erstinstanzlichen Verfahren und führt aus, für die Regelung in § 2 Ziffer 7 der Konvergenzvereinbarung ergebe sich eine wirksame Rechtsgrundlage entgegen der Auffassung des Sozialgerichts sehr wohl aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27.02.2009, welcher wiederum mit höherrangigem Recht in Einklang stehe. Bereits der Beschluss des EBA vom 15.01.2009 habe eine Regelung zur Finanzierung der Honorarverluste durch Abschöpfung von Umsatzzuwächsen bei den Gewinnerpraxen enthalten. Dies ergebe sich aus den in Ziffer 2 verwendeten Pluralformulierungen, wonach "die Vertragspartner Grenzwerte für die Höhe der Umsatzveränderungen im Vergleich zum Vorjahresquartal festlegen" oder "die Anwendung der Beschränkung der Umsatzveränderungen der einzelnen Arztpraxen auf die mit den Grenzwerten festgelegte Höhe unter den folgenden Bedingungen erfolgt ...". Völlig zweifelsfrei und nicht ernstlich bestreitbar ergebe sich dies aber auch aus der Protokollnotiz zu Ziffer 2. Hiernach gehe der GKV-Spitzenverband von folgenden Grenzwerten aus:

"a) Für den Zeitraum 1. April bis 31.12.2009 betragen die Grenzwerte gemäß Ziffer 2 80% bzw. 120% des Umsatzes der Arztpraxis bzw. des Arztes im jeweiligen Basisquartal 2008. b) Für den Zeitraum 1. Januar 2010 bis 31.12.2010 betragen die Grenzwerte gemäß Ziffer 2 70% bzw. 130% des Umsatzes der Arztpraxis bzw. des Arztes im jeweiligen Basisquartal 2008."

Durch die Angabe der jeweils zweiten Prozentzahl stehe eindeutig fest, dass nach dem Willen der Vertragspartner die Finanzierung des Ausgleichs der Honorarverluste über die Begrenzung der Honorarzuwächse erfolge und zur Finanzierung des Ausgleiches eben gerade nicht oder allenfalls subsidiär auf Rückstellungen zurückzugreifen sei. Genau in diesem Sinne sei auch die Regelung in Ziffer 7 des Beschlusses zu verstehen. Nur soweit die überproportionalen Honorarverluste nicht durch überproportionale Honorarzuwächse ausgeglichen werden könnten, seien diese aus Rückstellungen gegen zu finanzieren. Belegt werde dies durch das Schreiben der KBV vom 16.01.2009, in dem explizit ausgeführt sei, "dass der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vorsieht, den über die Konvergenzregelungen hergestellten Ausgleich überproportionaler Honorarverluste, soweit diese nicht durch die Begrenzung überproportionaler Honorarzuwächse kompensiert werden können, aus den im Zusammenhang mit der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung durch die KVen zu bildenden Rückstellungen gegen zu finanzieren". Den Beschluss vom 15.01.2009 habe der EBA in seiner 10. Sitzung mit Beschluss vom 27.02.2009 zwar wieder neu gefasst, sich damit aber nur bezüglich der methodischen Vorgaben von seinen Vorgaben im vorangegangenen Beschluss abgewendet. Die Grundaussagen dieses Beschlusses, etwa zur Finanzierungsmöglichkeit der Honorarverluste durch Gewinnerpraxen, hätten - auch wenn dies nicht mehr explizit dem Wortlaut zu entnehmen sei - weiterhin Gültigkeit behalten. Dafür spreche

der Wille des Bewertungsausschusses, der sich zweifelsfrei aus dem Rundschreiben der KBV vom 02.03.2009 ergebe und bei der Auslegung des Beschlusses und der Ermittlung des wirklichen Willens des Normgebers nicht außer Acht gelassen werden könne. In dem Rundschreiben sei ausgeführt, dass es im Rahmen der Kompromissfindung am 15.01.2009 zu einer zum Teil widersprüchlichen Kombination von Regelungen aus dem Beschlussantrag der Kassen und der Ärzteseite gekommen sei, weshalb die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Überarbeitung und Vereinfachung des Beschlusses gefordert habe. Dabei sei insbesondere auch dem Wunsch verschiedener Kassenärztlicher Vereinigungen nach der Ermöglichung einer größtmöglichen regionalen Flexibilität bei der Umsetzung Rechnung getragen und die im bisherigen Beschluss enthaltenen methodischen Vorgaben weitestgehend gestrichen worden. Dem stehe auch Absatz 8 des Beschlusses vom 27.02.2009 (früher Absatz 7 des Beschlusses vom 15.01.2009) nicht entgegen, wonach bei der Bildung von Rückstellungen die Auswirkungen der Anwendung von Ziffern 1. bis 3. zum Zwecke der Vermeidung von Unterdeckungen zu berücksichtigen seien. Hierzu habe der Normgeber klargestellt, dass dieser so zu verstehen sei, dass nur soweit die überproportionalen Honorarverluste nicht durch überproportionale Honorarzuwächse ausgeglichen würden, diese aus Rückstellungen gegen zu finanzieren seien (s.o.). Dass diesem Absatz nunmehr ein anderer Gehalt als noch im Beschluss nur einen Monat zuvor zukommen solle, erscheine angesichts dessen, dass hier nur eine Änderung der methodischen Vorgaben habe erfolgen sollen und erfolgt sei, ausgeschlossen.

Der Beschluss des EBA vom 27.02.2009 stehe, gerade auch soweit er eine Finanzierung der eingetretenen Honorarverluste durch Gewinnerpraxen zulasse, mit höherrangigem Recht in Einklang. Der Gesetzgeber habe verbindlich zum 01.01.2009 den tiefgreifenden Wechsel zu einem völlig neuen Vergütungssystem vorgegeben. Dabei habe die Einführung eines bundeseinheitlichen Orientierungspunktwertes gemäß [§ 87 Absatz e SGB V](#) weitreichende Auswirkungen. Auf dessen Grundlage seien die vertragsärztlichen Leistungen ab 01.01.2009 zu vergüten sowie die morbiditätsgewichtete Gesamtvergütung zwischen den Vertragspartnern zu vereinbaren ([§ 87 a Absätze 2 und 3 SGB V](#)). Dies habe z.B. in Baden-Württemberg dazu geführt, dass die vertragsärztlichen Leistungen deutlich schlechter vergütet worden seien, weil der Orientierungspunktwert unter dem vormaligen durchschnittlichen Punktwert des Jahres 2008 und vor allem ganz deutlich unter den Punktwerten für vertraglich vereinbarte Einzelleistungen außerhalb der Gesamtvergütung gelegen habe. Aufgrund der Neuordnung des Vergütungssystems insgesamt mit seinen verschiedenen Regelungsbereichen seien ganz erhebliche Honorareinbußen zu befürchten gewesen. Dass es in der Umstellungsphase vom alten auf das völlig neue Vergütungssystem in den KVen in großem Umfang zu überproportionalen Honorarverlusten von einem Tag auf den anderen kommen werde, wie sie insbesondere im Bereich der Beklagten mit teilweise immensen Honorarverlusten über nahezu sämtliche Fachgruppen hinweg tatsächlich eingetreten seien, habe der Bewertungsausschuss vorhergesehen. Im Bereich der Beklagten hätten - wie sich später habe ermitteln lassen - im Quartal I/2009 im Vergleich zum Vorjahresquartal vor Anwendung der Konvergenzregelung 58,28 % der Praxen Honorarverluste bis zu 30%, teilweise sogar über 50% hinzunehmen gehabt. In den Folgequartalen habe sich die Situation ähnlich dargestellt. Im Quartal II/2009 sei der Anteil der Verliererpraxen bei 72,83 %, im Quartal III/2009 bei 57,77% und im Quartal IV/2009 bei 64,84% gewesen. Dem Erweiterten Bewertungsausschuss sei nach alledem bewusst gewesen, dass die KVen, insbesondere die Beklagte, vor dem Problem stehen würden, auf der einen Seite diese überproportionalen Honorarverluste abzufedern und damit den Untergang zahlreicher Praxen im Interesse des Erhalts der Funktionsfähigkeit des Systems zu verhindern, auf der anderen Seite aber die hierfür benötigten Mittel aufbringen zu müssen. Das befürchtete Ausmaß der hierfür benötigten finanziellen Mittel sei nach vorangegangenen Einschätzungen so groß gewesen, dass diese nicht ohne Rückgriff auf die Gewinner allein über Rückstellungen hätten finanziert werden können. Dabei hätte die Bildung von Rückstellungen dazu geführt, dass die ohnehin schon niedrigen Fallwerte im RLV noch weiter hätten abgesenkt werden müssen. Dies hätte die Sicherstellung der Versorgung in Frage gestellt. Die schon niedrigen RLV- Fallwerte seien im Bereich der Beklagten für deren Aufsichtsbehörde Anlass gewesen, sich initiativ für den Abschluss der später getroffenen Konvergenzregelung einzusetzen. In einer solchen Situation habe der EBA im Rahmen seines weiten Gestaltungsermessens die Vertragspartner auf Landesebene ermächtigen dürfen, zur Finanzierung der überproportionalen Honorarverluste die Gewinnerpraxen heranzuziehen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss habe die Konvergenzphase, in der er von seinen Vorgaben abweichende Regelungen auf Landesebene noch dulden würde, dabei ausdrücklich als Phase zur schrittweisen Anpassung insbesondere der Regeleistungsvolumen bezeichnet und diese Phase zeitlich auf einen relativ kurzen Zeitraum, nämlich bis zum 31.12.2010 befristet.

Die unter Beachtung der Vorgaben des EBA von den Vertragspartnern auf Landesebene getroffene Konvergenzvereinbarung halte auch der Rechtsprechung des BSG in seinem Urteil vom 18.08.2010, [B 6 KA 16/09 R](#) stand. Die in dieser Entscheidung geforderte Ermächtigungsgrundlage auf Bundesebene für Honorarverteilungsregelungen liege für die hier streitgegenständliche Konvergenzvereinbarung vor. Im Gegensatz zu dem vom BSG entschiedenen Fall, wo allein die HVV-Partner auf Landesebene die dort streitgegenständlichen Regelungen vereinbart hätten, habe der EBA, dem ein viel weitreichender Gestaltungsspielraum zustehe, in seinen Beschlüssen vom 15.01.2009/27.02.2009 die maßgeblichen und vorrangigen Regelungen zur Konvergenz getroffen und die Vertragspartner auf Landesebene zum Abschluss entsprechender Konvergenzvereinbarungen ermächtigt. Damit habe der EBA den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht die Möglichkeit eröffnen wollen bzw. können, in der Übergangsphase gänzlich und generell von der bundesgesetzlich vorgegebenen Vergütung nach RLV abzusehen. Denn damit hätte er sich in der Tat vom in [§ 87 b SGB V](#) gesetzlich vorgegebenen Ziel weg bewegt. Dies sei mit der Konvergenzvereinbarung der Vertragspartner aber auch nicht geschehen. So erfolge auch im Bereich der Vertragspartner die Vergütung im Grundsatz und zu einem großen Teil auch im Ergebnis nach den Regelungen des RLV und eben nicht (faktisch) nach praxisindividuellen Budgets; dies nämlich bei allen Vertragsarztpraxen, deren Abrechnungen sich im Rahmen der festgelegten Grenzwerte bewegt hätten. Des weiteren hätten die Vertragspartner die Konvergenzphase zeitlich auf einen kurzen Zeitraum von nur sechs Quartalen, nämlich vom 01.01.2009 bis zum 30.06.2010 befristet. Die Konvergenzvereinbarung stelle sich als ein Verfahren der schrittweisen Anpassung an die Vorgaben des EBA dar. Sie regle ein abfederndes Verfahren, bei dem eine schrittweise Annäherung an eine ausnahmslose Vergütung nach RLV stattfinde. Die Konvergenzvereinbarung der Vertragspartner sei sehr differenziert ausgestaltet. Mit ihren Vorgaben sei sichergestellt, dass die Gewinnerpraxen nur in sachlich gerechtfertigtem Umfang zur Finanzierung der überproportionalen Honorarverluste herangezogen werden. Ein Anspruch auf Ausgleichszahlungen müsse tatsächlich durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Vergütungssystematik begründet sein und dürfe nicht auf in der Sphäre des Arztes liegenden Umständen beruhen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20.12.2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Sie beruft sich auf die erstinstanzliche Entscheidung und führt ergänzend aus, wenn die Beklagte den Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 18.08.2010 (u.a.: - [B 6 KA 16/09 R](#) -) entnehme, der Erweiterte Bewertungsausschuss habe einen entsprechenden Gestaltungsspielraum zum Erlass der hier streitigen Finanzierungsregelung, lasse sie außer Acht, dass in den zitierten Entscheidungen klaggestellt worden sei, dass eine Normierung von Ausgleichszahlungen außerhalb der Vergütung nach RLV ausdrücklich nicht vorgesehen sei. Zum anderen führe das Bundessozialgericht aus, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen gehalten seien, sich die für einen Ausgleich benötigten Geldmittel in rechtlich zulässiger Form zu beschaffen. Eine Art "Schicksalsgemeinschaft" der von den RLV besonders begünstigten und besonders belasteten Praxen bestehe nicht. Nach der von ihr, der Klägerin, vertretenen Auffassung stehe bereits die Entscheidung zur "Segeberger Wippe" (- [6 RKa 15/93](#) -) der hier streitigen Finanzierungsregelung entgegen. Diese Frage habe das BSG in den Entscheidungen vom 18.08.2010 ausdrücklich offengelassen.

Auf Anfrage des Senatsvorsitzenden hat die Beklagte eine Übersicht über die Anzahl der Verlierer- und Gewinnerpraxen, eine Auswertung der Stützung und Finanzierung in den Quartalen I/2009 und II/2009 aufgegliedert nach Arztgruppen sowie eine Umsatzgrößenklassenstatistik mit gesondertem Ausweis der finanzierenden und gestützten Praxen für alle Fachgruppen und für die einzelnen Fachgruppen sowie die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten vorgelegt. Sie hat ferner zur Systematik der Mengensteuerung und zur Erklärung von Honorarunterschieden ausgeführt, mit Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (NVV) sei 2009 erstmalig ein bundesweit einheitlicher Preis für die ärztliche Leistung, der Orientierungspunktwert (OPW) mit 3,5001 Cent festgelegt worden. Die Punktzahlen des fachgruppenspezifischen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) seien leistungsspezifisch angepasst und in Verbindung mit dem OPW sei eine Euro-Gebührenordnung geschaffen worden. Darüber hinaus sei die Systematik und Höhe der Gesamtvergütung geregelt worden mit einem abschließenden Katalog der Leistungen außerhalb der MGV (Einzelleistungen). Die Systematik der Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) sei auf Basis des Behandlungsbedarfs (Abkehr vom Kopfpauschalsystem) festgelegt worden. Schließlich sei auch die Honorarverteilung inklusive der Mengenbegrenzung bundesweit einheitlich vorgegeben worden. Während also in der Vergangenheit der bundesweit gültige EBM (Katalog der vertragsärztlichen Leistungen mit einem relativen Verhältnis der Leistungen zueinander) durch die regional vereinbarte Honorarverteilung flankiert und der Wert der Leistungen somit regional bestimmt worden sei, habe sich ab 2009 die Euro-Gebührenordnung mit ihren absoluten Euro-Werten für die einzelnen vertragsärztlichen Leistungen in der Honorierung als Maßstab durchgesetzt. In Baden-Württemberg sei also nicht nur weniger Geld vorhanden gewesen, sondern auch die Verteilung des Geldes auf Fachgruppen und Praxen nach völlig neuen, bundeseinheitlichen Maßstäben vorgenommen worden. In der Folge hätten verschiedene Fachgruppen wegen der Neuordnung und aufgrund geringerer Fachgruppentöpfe Umsatzverluste hinnehmen müssen (vor allem Augenärzte, HNO-Ärzte, Orthopäden). Innerhalb der Fachgruppen wiederum sei entscheidend für die Umsatzveränderung einer Praxis, welches Leistungsspektrum angeboten werde. Ein Leistungsspektrum mit Leistungen, welche nun nicht mehr als Einzelleistungen oder nur mit geringerer Wertigkeit vereinbart seien oder im EBM eine relative Abbewertung im Zeitablauf erfahren müssten, habe einen negativen Effekt. Des weiteren würden auch einzelne Mengenbegrenzungsmaßnahmen Wirkung entfalten, so habe etwa die Verschärfung der bundesweit gültigen Abstaffelungsregelung des RLV-Fallwertes einen negativen Effekt auf große Versorgerpraxen in Baden-Württemberg. Die Konvergenzregelung in Baden-Württemberg sei deshalb aus Sicht der Vertragspartner sowie des Sozialministeriums erforderlich gewesen, um die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und Praxen in einer Übergangsphase vor unkalkulierbaren Umsatzverlusten infolge der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (NVV) zu schützen. Die Stützung sei unabhängig vom absoluten Umsatzvolumen erfolgt. Praxen mit hohem Honorarvolumen behandelten auch eine entsprechend hohe Anzahl an Patienten und dürften nicht dadurch benachteiligt werden, dass sie bei Honorarrückgängen nicht gestützt würden oder aber dass ausschließlich sie zur Stützung der Verliererpraxen herangezogen würden. Dies sei mit dem Sicherstellungsauftrag nicht zu vereinbaren. Auch die bislang von der Rechtsprechung akzeptierten Härtefallregelungen griffen jeweils nur Fallwert- und Umsatzveränderungen einer Praxis im Vergleich zum Vorjahreszeitraum auf. Für jede Praxis habe aber die Möglichkeit bestanden, um 5% gegenüber dem Vorjahresvolumen zu wachsen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne Zulassung durch das Sozialgericht statthaft. Angesichts der streitgegenständlichen Honorarkürzungen in Höhe von insgesamt 12.832,64 EUR ist der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) (750 EUR) überschritten. Die Berufung der Beklagten ist auch im Übrigen gem. [§ 151 SGG](#) zulässig.

Die Berufung der Beklagten ist aber nicht begründet.

Die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale II/2009 und III/2009 sind rechtswidrig, soweit das Honorar der Klägerin darin jeweils auf der Grundlage von § 2 Ziff. 7 a) der Konvergenzvereinbarung vom 09.11.2009 -KonvergenzV- zur Finanzierung von Ausgleichszahlungen an Praxen mit überproportionalen Honorarverlusten quotiert und im Ergebnis gekürzt wurde. Die dieser Kürzung zugrunde liegende Rechtsgrundlage ist unwirksam, da sie mit höherrangigem Recht nicht in Einklang steht.

I.

Streitgegenstand des Verfahrens ist das Begehren der Klägerin, die Honorarbescheide für die Quartale II/2009 und III/2009 jeweils insoweit aufzuheben, als darin Kürzungen ihres Gesamthonorars aufgrund der Anwendung der Quotierungsregelung in § 2 Ziff. 7 a) KonvergenzV vorgenommen worden sind. Für die Durchsetzung dieses Begehrens wäre eine (Teil-)Anfechtungsklage die statthafte Klageart gewesen. Die streitgegenständlichen Honorarbescheide für die Quartale II/2009 und III/2009 wären insoweit aufzuheben gewesen, als darin mit der KonvergenzV begründete Kürzungsbeträge enthalten sind mit der Folge, dass der Klägerin ein ungekürztes Gesamthonorar zu zahlen ist. Anders als das Sozialgericht sieht der Senat deshalb keine Veranlassung für eine Neubescheidung durch die Beklagte. Die allein von der Beklagten eingelegte Berufung steht allerdings einer entsprechenden Korrektur des Urteilsausspruchs der erstinstanzlichen Entscheidung durch den Senat entgegen, da eine solche Korrektur den Ausspruch des Sozialgerichts einschränken und sich damit zu Lasten der Berufungsführerin auswirken würde.

II.

In der Sache zutreffend hat aber das Sozialgericht die in den streitgegenständlichen Honorarbescheiden in Anwendung von § 2 Ziffer 7 a) KonvergenzV vorgenommenen Kürzungen für rechtswidrig erachtet, weil die zugrundeliegende Regelung der KonvergenzV gegen höherrangiges Recht verstößt und damit rechtswidrig ist. Der in dieser Ziffer enthaltenen Finanzierungsregelung mit der Heranziehung von Praxen mit Honorarsteigerungen für die bei überproportionalen Honorarverlusten anderer Praxen zu leistenden Ausgleichszahlungen fehlt die Ermächtigungsgrundlage.

Mit der Regelung in § 2 Ziffer 7 a) der KonvergenzV wird der Beklagten eine zusätzliche Finanzierungsquelle geschaffen, die der Gesetzgeber in [§ 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V](#) (in der ab dem 01.04.2007 geltenden Fassung des GKV-WSG vom 26.03.2007, [BGBl. I, S. 378](#)) nicht vorgesehen hat. Die Beklagte nimmt mit dieser Regelung - wie im Falle der Klägerin - auf die Honorare der sogenannten "Gewinnerpraxen" Zugriff und schöpft Honorarzuwächse im Bereich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von über 5 % ab. Der Beklagten ist in Ziff. 8 der KonvergenzV sogar vorbehalten, sofern die für Ausgleichszahlungen benötigten Finanzmittel nicht ausreichen, auch auf Honorarumsätze zuzugreifen, die im Vergleich zum Umsatz im Vorjahresquartal um weniger als 5 % gestiegen sind. Diese Finanzierungsregelung findet im Gesetz keine gesetzliche Grundlage (1.), eine Ermächtigung der Beklagten zur Vereinbarung einer solchen Finanzierungsregelung findet sich nicht in den Beschlüssen des EBA (2.). Zudem steht die Finanzierungsregelung aus der Konvergenzvereinbarung mit der in § 12 der Honorarverteilungsvereinbarung (HVV) enthaltenen Finanzierungsregelung, die die gleichen Vertragspartner für das Jahr 2009 geschlossen haben, nicht in Einklang (3.). Die mit der Finanzierungsregelung bewirkten Honorarkürzungen greifen zudem in das gesetzliche Vergütungssystem basierend auf dem Steuerungssystem durch arzt- und praxisbezogene RLV mit festen Punktwerten nach der einheitlichen Euro-Gebührenordnung und abgestaffelten Punktwerten bei Überschreitung des RLV ein (4.) und verstoßen gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (5.).

1.) Im Rahmen der Gesundheitsreform von 2007 wurde mit Wirkung ab 01.01.2009 eine bundeseinheitliche Regelung sowohl der Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenkassen als auch der Ausgabenseite getroffen. Die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung erfolgte durch Einführung eines bundesweit einheitlichen Orientierungspunktwertes ([§ 87 Abs. 2e SGB V](#)) für ärztliche Leistungen und durch Einführung regionaler Euro-Gebührenordnungen ([§ 87a Abs. 2 SGB V](#)). Die Honorarverteilung wurde auf der Basis einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) sowie eines abschließenden Katalogs von Einzelleistungen außerhalb des MGV bundeseinheitlich vorgegeben, wobei zur Mengengrenzung der ärztlichen Tätigkeit morbiditätsgewichtete Regelleistungsvolumina vorgesehen waren ([§ 87b Abs. 2](#) und [3 SGB V](#)). Die Beklagte hat hierzu vorgetragen, dass sich diese Neuordnung des Gesundheitssystems in Baden-Württemberg zum einen auf der Einnahmenseite wegen der besseren Morbidität nachteilig ausgewirkt hat, und zum anderen die bundeseinheitliche Vergütungsregelung etwa wegen der Bildung geringerer Fachtöpfe und einer Verschärfung der bundesweit gültigen Abstufungsregelung zwangsläufig zu Umsatzverlusten bei einzelnen Praxen führen musste. Der Gesetzgeber hatte dies bei der Neustrukturierung der vertragsärztlichen Vergütung von vornherein in Betracht gezogen und in Kauf genommen, dass es mit der Einführung der neuen Vergütungssystematik zu überproportionalen Honorarverlusten kommen kann. Dem hat er in der Weise Rechnung getragen, dass er in [§ 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V](#) die Möglichkeit eröffnet hat, auf Anteile der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zurückzugreifen, um Rückstellungen für den Ausgleich derartiger Honorarverluste zu bilden. Eine Finanzierung der erwarteten Honorarverluste durch Abschöpfung von Honorarzuwächsen hat der Gesetzgeber hingegen nicht vorgesehen. Der Gesetzgeber hat in [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) den Bewertungsausschuss ermächtigt, erstmalig bis zum 31.08.2008 das Verfahren zur Berechnung und Anpassung der RLV sowie Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen zu bestimmen. Dem ist der EBA in den dargestellten Beschlüssen vom 27./28.08.2008, vom 15.01.2009 und vom 27.02.2009 nachgekommen.

2.) Diese Beschlüsse des EBA ermächtigen die Beklagte - entgegen der von ihr vertretenen Auffassung - indes nicht zum Erlass einer Finanzierungsregelung durch Abschöpfung von Honorarzuwächsen. Sie kann die mit den Krankenkassenverbänden getroffene Regelung in Ziff. 7 a) der Konvergenzvereinbarung nicht auf die genannten Beschlüsse des EBA stützen. Der Grundsatzbeschluss des EBA vom 27./28.08.2008 sieht in Ziff. 3.7 eine Ermächtigung für die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Gewährung von befristeten Ausgleichszahlungen an Arztpraxen, die systembedingte Honorarminderung zu verzeichnen haben, vor. In Teil G seines Grundsatzbeschlusses hat der EBA ferner die Grundsätze für die Bildung von Rückstellungen nach [§ 87b Abs. 3 SGB V](#) aufgestellt und in Anknüpfung an den Gesetzeswortlaut die Verwendung von Anteilen an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für Rückstellungen zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste vorgesehen. Dabei hat er den Vertragspartnern der Gesamtverträge in Ziff. 2 der Grundsätze aufgegeben, die Summe der Rückstellungen für das Jahr 2009 bis zum 15.11.2008 festzustellen und in Ziff. 3 ausdrücklich darauf hingewiesen, im Jahr 2009 erwartete Änderungen des Vergütungsbedarfs zu beachten. In Ziff. 4 hat er geregelt, dass eine Über- oder Unterdeckung im Folgequartal berücksichtigt wird. Diese Grundsätze hat die Beklagte in der Anlage 3b zu Teil B ihres HVV bei den Vorgaben für die Bildung und Auflösung von versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen übernommen (dort Ziff. 2 und Ziff. 4). Die Ermächtigung zum Erlass einer Finanzierungsregelung durch Abschöpfung von Honorarzuwächsen kann der Senat dem Grundsatzbeschluss des EBA nicht entnehmen.

Dies gilt auch für den Beschluss des EBA vom 27.02.2009, mit dem der EBA den Vertragspartnern die Möglichkeit eröffnet hat, zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (Konvergenzverfahren) zu beschließen, sofern diese Honorarverluste durch die Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik begründet sind (Ziff. 1 des Beschlusses). In Ziff. 2 des Beschlusses war vorgesehen, dass ein entsprechendes Verfahren nach den Vorgaben aus den Beschlüssen des EBA auszugestalten sei. In Ziff. 8 wurde eine Nachschusspflicht der Krankenkassen ausgeschlossen und ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Auswirkungen der Anwendungen von Ziff. 1 bis 3 bei der Bildung von Rückstellungen zum Zwecke der Unterdeckung zu berücksichtigen seien. Auch diesem Beschluss vermag der Senat keine Ermächtigung zur Kürzung von Honorarzuwächsen zu entnehmen. Die Beklagte beruft sich zur Begründung ihrer Ermächtigung auch vorrangig auf Regelungen aus dem vorangegangenen Beschluss des EBA vom 15.01.2009, in dem unter Ziff. 2 vorgesehen war, dass die Vertragspartner in Zusammenhang mit der schrittweisen Anpassung der Regelleistungsvolumina auch Grenzwerte für die Höhe der Umsatzveränderungen im Vergleich zum Vorjahresquartal festlegen dürften. Unter Bezugnahme auf eine Protokollnotiz zu dieser Regelung, in der diese Grenzwerte mit Prozentwerten sowohl unter als auch über 100 % angegeben waren, sieht sich die Beklagte aufgrund dieser Befugnis zur Festlegung von Grenzwerten dazu ermächtigt, die Finanzierung der Ausgleichszahlungen durch Abschöpfung von Umsatzzuwächsen vorzunehmen. Diese Argumentation ist der Beklagten aber schon deshalb verwehrt, weil gerade diese Passage des

Beschlusses vom EBA in seinem nachfolgenden Beschluss vom 27.02.2009 aufgehoben worden ist und deshalb als Ermächtigung für die im November 2009 getroffene Konvergenzvereinbarung nicht mehr herangezogen werden kann. Der nachfolgende Beschluss vom 27.02.2009 ist unter Ziff. 2 wortidentisch mit dem vom 15.01.2009, enthält aber die Befugnis, Grenzwerte festzulegen, gerade nicht mehr. Hierauf hat bereits das Sozialgericht in seinem Urteil ausdrücklich abgestellt. Soweit die Beklagte unter Verweis auf ein Rundschreiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hierzu ausführt, mit dem Änderungsbeschluss vom 27.02.2009 seien nur die methodischen Vorgaben des vorangegangenen Beschlusses gestrichen worden, um den KVen eine größtmögliche regionale Flexibilität bei der Umsetzung des neuen Vergütungssystems einzuräumen, an der Grundaussage des EBA zu Finanzierungsmöglichkeiten der Honorarverluste durch Gewinnerpraxen habe sich aber nichts geändert, findet diese Auffassung im Wortlaut des Beschlusses vom 27.02.2009 keine Grundlage. An dieser Argumentation vermag der Senat nicht nachzuvollziehen, warum die Beklagte ihre Befugnis zur Inanspruchnahme der Gewinnerpraxen allein aus den Regelungen über die "methodischen Vorgaben", nämlich die Bildung von Grenzwerten für Honorarveränderungen herleitet, wenn diese aber gerade durch den nachfolgenden Beschluss gestrichen worden sind. Eine Grundaussage des Inhalts, dass auf die Honorarzuwächse der "Gewinnerpraxen" zugegriffen werden könne, kann der Senat den Festlegungen des EBA in seinem Beschluss vom 27.02.2009 - wie dargestellt - nicht entnehmen. Vielmehr hat der EBA erneut ausdrücklich darauf verwiesen, dass bei der Bildung der Rückstellungen zum Zwecke der Vermeidung von Unterdeckungen die finanziellen Auswirkungen der Regelungen über Ausgleichszahlungen zu berücksichtigen sind. Diese eindeutige Aussage entspricht dem Willen des Bundesgesetzgebers, der allein die Möglichkeit der Finanzierung der Ausgleichszahlungen über Rückstellungen eröffnet hat, und steht deshalb der Auslegung des Beklagten, der EBA habe auch eine Finanzierung über Honorarzuwachsabschöpfungen ermöglichen wollen, entgegen. Im Übrigen würde ein Beschluss dieses Inhalts auch nicht rechtswirksam sein, weil er mit den gesetzlichen Vorgaben des Bundesgesetzgebers nicht in Einklang stehen würde. Auch darauf hat das Sozialgericht bereits zutreffend hingewiesen.

3.) Die Finanzierungsregelung des § 2 Ziffer 7 a) KonvergenzV widerspricht zudem der von den selben Beteiligten geschlossenen Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung, die in § 12 Ziffer 1 ausdrücklich vorsieht, dass die Ausgleichszahlungen für überproportionale Honorarverluste versorgungsbereichsspezifisch aus den Rückstellungen gemäß Teil B Anlage 3 erfolgen. In Anlage 3b zu Teil B der HVV für das Jahr 2009 haben die Vertragsparteien die Vorgaben des Gesetzgebers aus [§ 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V](#) aufgenommen und die Bildung von versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2009 zu den vom Gesetzgeber genannten Zwecken einschließlich des Ausgleichs von überproportionalen Honorarverlusten vorgesehen.

Die Unvereinbarkeit beider Regelungskomplexe - der Finanzierungsregelung des § 2 Ziffer 7 der KonvergenzV einerseits und der Finanzierungsregelung nach § 12 HVV und der Anlage 3b andererseits - belegt, dass sich die streitgegenständliche Finanzierungsregelung als solche nicht mit dem vom Gesetzgeber vorgesehenen Vergütungssystem in Einklang bringen lässt. In der Anlage 3b zu Teil B des HVV (Bl. 142 Senatsakte) haben die Vertragspartner abschließende Regelungen zur Bildung der Rückstellungen getroffen. Sie haben sowohl die Berücksichtigung der im Jahr 2009 zu erwartenden Änderungen des Vergütungsbedarfs vorgegeben und Anpassungsregelungen für den Fall einer nicht ausreichenden Rückstellung vorgesehen. So kann der festzulegende Prozentsatz der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Vorliegen entsprechender Quartalergebnisse angepasst werden und eine Unterdeckung im Folgequartal berücksichtigt werden. Mit diesen Vorgaben ist daher eine vollständige Finanzierung der aus den Rückstellungen zu leistenden Zahlungen einschließlich der Ausgleichszahlungen für überproportionale Honorarverluste gewährleistet. Diese Regelungen sind insoweit als abschließend zu betrachten.

Zusätzlich dazu haben die Vertragspartner in der KonvergenzV eine weitere Finanzierungsregelung für die Ausgleichszahlungen bei überproportionalen Honorarverlusten geschaffen. Allerdings bleibt bei dieser Regelung offen, ob diese die im HVV vorgesehene - abschließende - Finanzierung aus den Rückstellungen ersetzen, ergänzen oder ihr vorgehen soll. Insbesondere vermag der Senat weder dem HVV noch der Konvergenzvereinbarung zu entnehmen, dass - so die Auffassung der Beklagten - Ausgleichszahlungen zunächst über die Abschöpfungen der Umsatzsteigerungen zu finanzieren seien und erst ergänzend auf Rückstellungen zurückzugreifen sein soll. Dies kommt weder in dem einen noch dem anderen Regelungskomplex zum Ausdruck. Nach dem im vorliegenden Rechtsstreit maßgeblichen § 2 Ziffer 7 a) der KonvergenzV soll die Quotierung der Honorarzuwächse von über 5% im Vergleich zum Vorjahresquartal "zur Finanzierung der Ausgleichszahlungen" dienen. Da die entsprechende Abschöpfung von Umsatzzuwächsen lediglich ein quartalsweise begrenztes Volumen erreichen kann, konnten die Vertragspartner nicht davon ausgehen, mit dieser Finanzierungsregelung sämtliche Ausgleichszahlungen sichergestellt zu haben. Nach § 2 Ziffer 7 b) KonvergenzV ist ferner vorgesehen, die Ausgleichszahlungen "aus dem jeweiligen Versorgungsbereich unter Verwendung sämtlicher im Rahmen der Honorarverteilung nicht ausgeschöpfter Finanzmittel" zu leisten. Inwieweit hiermit auch ein Rückgriff auf die Rückstellungen nach der HVV gemeint ist, und ob dieser zur Aufstockung einer nicht ausreichenden Finanzierung nach § 2 Ziffer 7 a) KonvergenzV erfolgen oder ihr vorgehen soll, bleibt unklar. Zudem öffnet § 2 Ziff. 8 KonvergenzV noch eine zusätzliche Aufstockungsregelung für die Finanzierung der Ausgleichzahlung über eine weitergehendere Abschöpfung von Honorarzuwächsen. Danach kann auch eine Quotierung von Honorarzuwächsen unter 5% erfolgen, "sofern die für die Ausgleichszahlungen benötigten Finanzmittel nicht ausreichen". Hier bleibt zum einen offen, ob diese Regelung einem Rückgriff auf die in Ziffer 7 b) genannten Finanzmittel vorgehen soll. Zum anderen ist nach den Regelungen der HVV über die Bildung von Rückstellungen schon vom Grundsatz her nicht denkbar, dass die Finanzmittel für die Ausgleichszahlungen "nicht ausreichen", da - wie dargestellt - mit den Anpassungsregelungen in Anlage 3b zu Teil B der HVV eine vollständige Finanzierung der Ausgleichszahlungen durch die zu bildenden Rückstellungen sichergestellt ist.

Die von der Beklagten vorgelegte Aufstellung der Stützungs- und Finanzierungsbeträge im Quartal II/2009 ergibt, dass in diesem Quartal die nach § 2 Ziffer 7 a) KonvergenzV erhobenen Finanzierungsbeträge in ihrer Gesamtheit den ausgewiesenen Stützungsbedarf nicht vollständig decken. So belaufen sich die von allen Arztgruppen im Wege der Kürzung einbehaltenen Finanzierungsbeträge auf insgesamt 7.718.408 EUR. Dem stehen Ausgleichszahlungen in Höhe von 20.530.965 EUR gegenüber. Diese Zahlen belegen, dass sich die Frage des Ineinandergreifens der Finanzierungsregelungen tatsächlich - jedenfalls in diesem Quartal - stellt. Bestätigt wird dies durch die Angaben des Beklagtenvertreters in der mündlichen Verhandlung, dass während der 6 Quartale, in denen die Konvergenzvereinbarung angewendet wurde, Ausgleichszahlungen von insgesamt ca. 67 Mio EUR durch Gewinnabschöpfungen in Höhe von 55 Mio EUR und nur durch Mittel aus Rückstellungen in Höhe von 12 Mio EUR gegenfinanziert worden sind.

Die Beklagte hat hierzu geltend gemacht, der vom Gesetzgeber vorgesehenen Finanzierung der Ausgleichszahlungen über Rückstellungen habe entgegengestanden, dass die ohnehin schon niedrigen Fallwerte im Regelleistungsvolumen (RLV) noch weiter hätten abgesenkt werden müssen mit der Folge, dass den Vertragsärzten noch weniger Geld im Rahmen der Regelversorgung zur Verfügung gestanden hätte. Dies hätte die Versorgungssicherheit gefährdet. Aus diesem Grund habe sich auch die Aufsichtsbehörde für den Abschluss der KonvergenzV

eingesetzt. Bei dieser Argumentation verkennt die Beklagte aber, dass nur die Stützung der entstandenen Honorarverluste aus der Gesamtvergütung zu Lasten aller Vertragsärzte dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit gerecht werden konnte. Das Bundessozialgericht -BSG- hat in seinem Urteil vom 18.08.2010 (- [B 6 KA 27/09 R](#) - in Juris RdNr. 46 ff.) zu Honorarkürzungen bei Fallwertsteigerungen von über 5% ausdrücklich entschieden, dass die dort von den Vertragspartnern der HVV angestellte Erwägung, die Kosten für die Stützung derjenigen Praxen, die infolge der RLV unzumutbare Honorar einbußen hinzunehmen hätten, seien von den Praxen aufzubringen, die von den RLV besonders profitierten, die dort vorgenommene Honorarkürzung nicht rechtfertigen könne. Das BSG hat zwar betont, dass die dortige KV im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages durchaus gehalten gewesen sei, mit den Kassenverbänden Maßnahmen zur Stützung der durch unzumutbare Honorarverluste gefährdeten Praxen zu treffen. Die dafür benötigten Geldmittel habe sich die KV aber "in rechtlich zulässiger Form" zu beschaffen. Dabei hat es das BSG als nicht zulässig angesehen, die "Gewinnerpraxen" pauschal zur Finanzierung der Verlustbegrenzung in Anspruch zu nehmen, da eine "Schicksalsgemeinschaft" zwischen den vom RLV besonders begünstigten und den besonders belasteten Praxen nicht besteht. Das BSG hat insofern auch darauf hingewiesen, dass es durchaus vom Normgeber beabsichtigt gewesen sein könnte, zugunsten einzelner Arztgruppen auf das Vergütungsgefüge Einfluss zu nehmen, weil etwa das Vergütungsniveau bisher als unzureichend angesehen worden war (BSG a.a.O. RdNr. 47). Das BSG entspricht mit diesen rechtlichen Maßstäben für eine Verteilungsgerechtigkeit bei der Stützung von Praxen, die von systembedingten Honorarverlusten betroffen sind, voll den Vorgaben des Gesetzgebers in der Regelung in [§ 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V](#). Die Finanzierung der Ausgleichszahlung im Wege von Rückstellungen trifft alle Vertragsärzte in gleicher Weise und entspricht damit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Das mit der Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung über die bundeseinheitliche Euro-Gebührenordnung vom Gesetzgeber verfolgte Ziel einer bundesweiten Vereinheitlichung der Gebührenordnung hatte zwar, insoweit kann den Angaben der Beklagten gefolgt werden, einen Rückgang des Vergütungsaufkommens in Baden-Württemberg zur Folge. Dies ist aber ersichtlich mit dem vom Gesetzgeber verfolgten Ziel der Schaffung einer bundesweit gleichmäßigeren Vergütungsverteilung gerade in Kauf genommen worden. Es ist daher nicht ersichtlich, warum diese Vergütungsrückgänge nicht von allen Vertragsärzten in Baden-Württemberg zu tragen gewesen sein sollten. Der Rückgang des Fallwertes hätte insoweit alle Vertragsärzte betroffen, mit der Folge, dass von vorneherein weniger "Gewinnerpraxen" entstanden wären, für den Ausgleich der "Verliererpraxen" aber ein von allen Vertragsärzten gemeinsam finanziertes Ausgleichsbudget zur Verfügung gestanden hätte, mit dem die Verluste der am stärksten betroffenen Praxen hätten abgedeckt werden können. Dass über die konkreten Fälle des Stützungsbedarfs hinaus allein durch ein landesweites Absinken der Vergütung eine Gefährdung der Versorgungssicherheit zu befürchten gewesen wäre, vermag der Senat vor diesem Hintergrund nicht nachzuvollziehen. Die Verringerung der Vergütung ist gerade die Folge des vom Bundesgesetzgeber verfolgten Ziels der bundesweiten Angleichung der vertragsärztlichen Vergütung.

4.) Das Sozialgericht hat zudem zu Recht darauf hingewiesen, dass die Honorarkürzung nach § 2 Ziffer 7 a) KonvergenzV im Falle der Klägerin dazu führt, dass nicht nur die quotierte Vergütung für die über dem RLV erbrachten Leistungen entfiel, sondern auch das errechnete RLV, das sich auf der Grundlage der zum 01.01.2009 geltenden Vergütungsregelungen für die Klägerin ergeben hatte, nicht vollständig gewährt wurde. Da sich der Ausgangswert für die Differenzbildung bei der Quotierung nach § 2 Ziff. 7 a) KonvergenzV aus der Vorjahresvergütung ergab (Grenzwert Honorarzuwachs = konvergenzrelevanter Fallwert x konvergenzrelevante Fallzahl x 105 %), hätte selbst eine Anhebung des der Klägerin zugewiesenen RLV keine Auswirkungen auf das verbleibende Gesamthonorar, da eine Erhöhung des Honorars durch die Differenzbildung komplett abgeschöpft worden wäre (vgl. die Berechnungen der Beklagten AS 92/93 und 105/106 der Verwaltungsakte). Das BSG hat im Urteil vom 18.08.2010 ([a.a.O.](#) RdNr. 48) zu einer vergleichbaren Fallkonstellation die Annahme geäußert, dass mit einer derartigen niedrigen Eingriffsschwelle von 5% nicht extreme Gewinne ausgeglichen würden, sondern faktisch gewachsene Vergütungsstrukturen festgeschrieben würden. Es hat den gesetzlichen Vorgaben der Festlegung von arztgruppenspezifischer Grenzwerte und fester Punktwerte auch in seinem Urteil vom 14.12.2011 (- B6 KA 6/11 R - in Juris) erneut eine ganz zentrale Bedeutung im Sinne einer grundlegenden Richtungsentscheidung beigemessen. Mit dieser Vorgabe sei der Gesetzgeber erkennbar von der in den KVen weit verbreiteten Praxis abgewichen, Honorarbegrenzungen in Form von Individualbudgets zu normieren. Das BSG hat es als auf der Hand liegend angesehen, dass sich das Ziel einer Mengengrenzung sachgerechter anhand von gruppenspezifischen Durchschnittswerten als durch eine Fortschreibung vorhandener Besitzstände erreichen lasse (a.a.O. RdNr. 36 f.). Die Beklagte bewirkt mit der streitgegenständlichen Finanzierungsregelung nichts anderes als eine derartige Besitzstandsfortschreibung. Die Quotierung nach § 2 Ziffer 7 a) KonvergenzV hat im Ergebnis den gleichen Effekt wie die im Urteil des BSG vom 18.08.2010 ([a.a.O.](#)) beanstandete Vergütungsregelung. Die Vergütung orientiert sich nicht an dem gewährten praxisindividuellen RLV mit der Bewertung durch einen festen Punktwert und einem abgestaffelten Punktwert für die außerhalb des RLV erbrachten Leistungen, sondern ist durch das im Referenzquartal erzielte Honorarvolumen zuzüglich 5% gedeckelt. Das BSG hatte eine solche Festschreibung mit der Abrechnung aufgrund eines praxisindividuellen Individualbudgets verglichen, mit der die Vorgaben des Gesetzgebers in [§ 85 Abs. 4 Satz 7](#) und 8 SGB V für eine Abrechnung nach arztgruppenspezifischen Grenzwerten und festen Punktwerten sowie abgestaffelten Punktwerten für darüber hinausgehende Leistungen konterkariert würden (BSG, Urteil vom 18.08.2010, [a.a.O.](#) RdNr. 40 ff.). Nichts anderes bewirkt die Quotierungsregelung in § 2 Ziffer 7 a) KonvergenzV, so dass sie auch aus diesem Grund rechtswidrig ist.

5.) Im Übrigen verstößt die Finanzierungsregelung der KonvergenzV auch deshalb gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, weil sie die Finanzierungslast in weitem Umfang den Praxen mit geringerem Umsatzvolumen aufbürdet. Das BSG hat bereits in seinem Urteil vom 24.08.1994 (- [6 RKA 15/93](#) -, in Juris), auf das sich der Kläger-Vertreter beruft, moniert, dass die dort zur Überprüfung gestellte Regelung eines Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) wegen ihrer Anknüpfung an die Höhe der durchschnittlichen Vergütung pro Behandlungsfall und nicht an das Gesamthonorar nicht zu einer Stützung lediglich einkommensschwacher, sondern auch von Praxen mit hohen Fallzahlen führte, sofern deren Punktzahl je Behandlungsfall unter dem Durchschnittswert der Fachgruppe blieb. Zwar hat der Bundgesetzgeber den Anspruch auf Ausgleichszahlungen nicht von der konkreten Ertragssituation der Praxen abhängig gemacht, sondern den Stützungsbedarf allein von der Höhe des Umsatzrückgangs im Vergleich zum Vorjahresquartal abhängig gemacht. Dies entbindet die Beklagte indes nicht von der Verpflichtung, bei der Verteilung der Finanzierungslast nach dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit eine möglichst gleichmäßige Belastung aller Vertragsärzte sicherzustellen. Dies ist - wie vom Gesetzgeber vorgesehen - über die Rücklagenbildung gewährleistet, nicht aber über die Abschöpfung von Honorarzuwächsen. Die Heranziehung zur Finanzierung des Stützungsbedarfs allein aufgrund eines prozentual bemessenen Umsatzzuwachses nimmt vielmehr in Kauf, dass die Finanzierungslast in nicht unerheblichem Umfang den umsatzschwächeren Praxen aufgebürdet wird, die somit die Stützung der umsatzstärkeren Praxen zu tragen haben. Diese Verteilung ergibt sich aus der von der Beklagten vorgelegten Umsatzklassenstatistik aller Praxen für die Finanzierungsverteilung aller aufgeführten Fachgruppen (Quartal I/2009). Danach haben in den Umsatzklassen bis 30.000 EUR 1.924 Praxen Stützungsleistungen erbracht und nur 453 Praxen Stützungsleistungen empfangen, während in allen darüber liegenden Umsatzklassen jeweils mehr Praxen einen Stützungsbedarf hatten, als zur Finanzierung herangezogen worden waren. Insgesamt fanden sich hier 2.186 Praxen mit Stützungsbedarf, denen nur 1.583 finanzierende Praxen gegenüber standen. Besonders deutlich wird die

hohe Finanzierungsbelastung der umsatzschwächeren Praxen in der Fachgruppe der Ärzte/Psychotherapeuten. Diese Fachgruppe hat zu einem Großteil des Finanzierungsaufwandes beigetragen und im Quartal I/2009 Finanzierungsleistungen in Höhe von 1.570.276 EUR erbracht, die von Praxen mit einem Umsatzaufkommen von bis zu 50.000 EUR geleistet wurden. Die einzige über diesem Umsatzvolumen liegende Praxis dieser Fachgruppe in der Umsatzgrößenklasse von 90.000 EUR bis 100.000 EUR verzeichnete hingegen einen Stützungsbedarf. Damit dürfte der Stützungsbedarf dieser Fachgruppe, der insgesamt bei 19.000 EUR lag, zu einem nicht unerheblichen Anteil auf diese Praxis entfallen sein. Auch insoweit bewirkt die Regelung des § 2 Ziffer 7 a) KonvergenzV einen Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

Beruheten die angegriffenen Honorarkürzungen in den Honorarbescheiden der Klägerin für die Quartale II/2009 und III/2009 damit auf einer rechtswidrigen Grundlage, so können sie keinen Bestand haben.

Die Berufung der Beklagten, die auf eine Abweisung der Klage gegen die Honorarbescheide abzielte, bleibt deshalb ohne Erfolg.

III.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)). Zwar handelt es sich bei der KonvergenzV um ausgelaufenes Recht, bei der Beklagten sind aber noch hunderte von Fällen zu der hier streitigen Problematik anhängig.

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 52 Abs. 3 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-11-09