

L 11 (10) KA 54/07

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 14 KA 168/06
Datum
25.07.2007
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 (10) KA 54/07
Datum
08.09.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 5/11 R
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 25.07.2007 abgeändert und die Beklagte verurteilt, unter Aufhebung des Honorarbescheides für das Quartal II/2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.05.2006 über ihr vertragsärztliches Honorar für das Quartal II/2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Die Beklagte trägt die Kosten für beide Rechtszüge. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe des Honorars der Klägerin für das Quartal II/2005 und insofern die Rechtmäßigkeit des von der Beklagten bei der Berechnung zu Grunde gelegten Honorarverteilungsvertrages (HVV).

Der klägerischen Gemeinschaftspraxis gehörten in der Zeit vom 01.04.2005 bis 30.06.2005 drei zur vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zugelassene Fachärzte für Augenheilkunde an.

Mit Bescheid vom 31.10.2005 honorierte die Beklagte die von der Klägerin erbrachten vertragsärztlichen Leistungen im Quartal II/2005 in Höhe von 401.125,13 EUR nach Maßgabe eines individuellen Punktzahlvolumens von 2.370.405,0 Punkten. Über dieses Volumen hinaus abgerechnete Leistungen kürzte die Beklagte und bewertete die verbliebenen punktzahlbewerteten Leistungen unter Berücksichtigung einer Fachgruppenquote von 73,7687 %.

Der ohne Begründung eingelegte Widerspruch der Klägerin blieb ohne Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 10.05.2006).

Die Klägerin hat am 23.05.2006 Klage erhoben und eingewendet, der von der Beklagten zugrunde gelegte HVV und damit auch der Honorarbescheid sei rechtswidrig, da dieser entgegen der Gesetzeslage weiterhin die Bildung von Individualbudgets vorgebe. Der Bewertungsausschuss habe zwar am 29.10.2004 beschlossen, von der durch den Gesetzgeber vorgesehenen Einführung von Regelleistungsvolumina (RLV) könne für die Zeit vom 01.04. bis 31.12.2005 abgesehen werden, wenn der geltende HVV vergleichbare Steuerungsmechanismen wie arztgruppenspezifische Grenzwerte, feste Punktwerte, abgestaffelte Punktwerte (Restpunktwerte) sowie Fallzahlzuwachsbeschränkungen vorsehe. Diese Voraussetzungen habe indessen der im Bereich der Beklagten geltende HVV nicht erfüllt, sondern einen über die Quotierung floatenden Punktwert mit der Folge vorgesehen, dass die Leistungen nur mit 65 % vergütet würden. Gegenüber den Vorquartalen I/2005 und IV/2004 seien die Quoten gesunken, obwohl die Gesamtvergütung um 17,6 Mio. EUR über der Vorjahressumme liege. Das beruhe auf einer rechtsfehlerhaften Honorarverteilung. Im Vergleich zum Quartal II/2004 sei dem Verteilungsbetrag ein Volumen von 7 % entzogen worden. Allein die Vereinbarung mit den Ersatzkassen, die über dem Individualbudget (IB) liegenden Leistungen nur mit einem floatenden Punktwert zu vergüten, entzöge diesem 15,2 Mio. EUR. Darüber hinaus sei ein wesentlicher Teil der Vergütung der Fachärzte in den Psychotherapeutentopf verlagert worden. Die Kumulation der Wirkungen "gekürzter Honoraranteil IB, Steigerung Honoraranforderung kleinerer Praxen, Absinken der Quoten" sei voraussehbar gewesen. Der grundsätzlich zur Verfügung stehende Beurteilungsspielraum sei daher auf Null gesunken und keinem Beobachtungszeitraum zugänglich.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Honorarbescheides für das Quartal II/2005 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 10.05.06 zu verurteilen, über sein vertragsärztliches Honorar für das Quartal II/2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat auf ihre Verwaltungsvorgänge, insbesondere auf den Inhalt des angefochtenen Bescheides verwiesen und vorgetragen: Der für das Quartal II/2005 geltende HVV sehe eine Vergütung überschreitender Leistungsmengen mit abgestaffelten Punktwerten vor. Die Einführung dieser Regelung in § 6 Abs. 5 HVV stehe der Annahme einer Vergleichbarkeit der Steuerungselemente nicht entgegen. Der Beschluss des Bewertungsausschuss spreche auch lediglich generell von vergleichbaren Steuerungselementen, hingegen nicht davon, dass eine Regelung "eins zu eins" im HVV normiert sein müsse. Regelungen zur Fallzahlbegrenzung seien mangels RLV nicht erforderlich. Die Einführung des EBM hindere die Weiterführung der IBs nicht. Einer gesicherten Datenlage sei im Interesse der Vertragsärzte der Vorrang einzuräumen. Zudem sei der Zeitraum, in dem die Individualbudgetregelung angefochten werde, überschaubar und diene ausschließlich dem Ziel, auch der Klägerin eine Planungs- und Kalkulationssicherheit zu geben. Gerade die Einführung des EBM belege, dass der Beurteilungsspielraum nicht auf Null reduziert sei.

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat die Klage mit Urteil vom 25.07.2007 abgewiesen. Die auf Basis der IBs vorgenommene Berechnung des vertragsärztlichen Honorars für das Quartal II/2005 sei nicht zu beanstanden. Der mit Wirkung zum 01.04.2005 eingeführte HVV sei hinsichtlich der Fortführung der IBs rechtmäßig, da RLV und IB ihren Zielsetzungen und Auswirkungen sowohl hinsichtlich der Kalkulationssicherheit als auch hinsichtlich der Leistungsmengenbegrenzung vergleichbar seien. Der Hinweis der Klägerin auf die gegenüber den Vorquartalen gesunkene Fachgruppenquote sei nicht aussagekräftig. Es sei spekulativ, wenn dieser Umstand auf die fehlende Einführung von RLV zurückgeführt werde. Die vertragsärztliche Vergütung hänge von den verschiedensten Faktoren ab. Hinzu komme, dass es durch die Änderung des EBM zum 01.04.2005 zu Verwerfungen für einzelne Fachgruppen gekommen sei, weswegen ein Zusammenhang zwischen den gesunkenen Quoten und der Nichteinführung von RLV nicht zwingend sei. Ferner hätten sich aufgrund von Höherbewertungen im Bereich der nicht-budgetierten Leistungen Veränderungen in der Vergütungsstruktur ergeben, die bei begrenzter Gesamtvergütung zwangsläufig Auswirkungen auf die Honorierung der budgetierten Leistungen haben müssten. Wesentlich sei, dass das Morbiditätsrisiko auch nach der Gesetzesänderung zum 01.01.2004 nach wie vor bei den Vertragsärzten geblieben sei. Hätte die Beklagte die Honorarverteilung mittels RLV vorgenommen, wäre hieraus keine Erhöhung der Gesamtvergütung gefolgt. Die Beklagte hätte daher auch unter Geltung von RLV die Leistungen nur bis zu einem bestimmten Umfang zu einem festen Punktwert vergüten können. Ein Mehr an Leistungen hätte auch hier einen sinkenden bzw. floatenden Punktwert für den Rest der Leistungen zur Folge. Soweit die Klägerin meine, der Beurteilungsspielraum der Beklagten sei auf Null reduziert und dies im Ergebnis zu einer anderen Honorarverteilung unter Einbeziehung des außerhalb des Honorarbereiches Individualbudget liegenden Anteils, insbesondere der nicht budgetierten Leistungen und der Vorweg-Leistungen hätte führen müssen, erschließe sich schon der Zusammenhang mit einer ggf. fehlerhaften Nichteinführung von RLV nicht. Auch für diese habe der Bewertungsausschuss bestimmte, nicht den RLV unterliegende Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen vorgesehen. Dass die Einführung von RLV die von der Klägerin gewünschte Honorarverteilung zur Folge gehabt hätte, sei ungeachtet dessen, ob hierdurch ein höherer Punktwert zu erzielen sei, nicht anzunehmen.

Im Berufungsverfahren wendet die Klägerin weiterhin ein, der im Quartal II/2005 geltende HVV entspreche nicht der Ausnahmeregelung im Beschluss des Bewertungsausschuss vom 29.10.2004. Die Beklagte sei ihrer Verpflichtung zur Einführung von RLV nicht nachgekommen. Sie - die Klägerin - werde hierdurch u.a. in ihrem Recht der freien Berufsausübung verletzt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 25.07.2007 abzuändern und nach dem Klageantrag zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie vertritt weiterhin die Auffassung, dass der Bewertungsausschuss mit Beschluss vom 29.10.2004 seiner Verpflichtung zur Berechnung und Festsetzung von RLV im Rahmen seiner Normsetzungskompetenz in rechtlich nicht zu beanstandender Weise nachgekommen sei. Der Bewertungsausschuss habe sich auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen zunächst mit der Frage zu beschäftigen gehabt, welche Begrenzungsregelungen der Vorgabe "RLV" entsprechen würden. Das Bundessozialgericht (BSG) habe mit Urteil vom 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R](#) - hervorgehoben, dass Honorarverteilungsbestimmungen, die weder feste Punktwerte vorsähen noch arztgruppenspezifische Grenzwerte festlegten, keine RLV i.S. des [§ 85 Abs. 4 Satz 7](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) darstellten. Arztgruppenspezifische Grenzwerte seien in § 7 Abs. 2 HVV durch die durchschnittlichen Punktzahlengrenzwerte normiert. Diese würden zahlreichen Vertragsärzten als maximales Punktzahlvolumen zugeordnet und begrenzten individuell die abrechenbare Punktzahlmenge. Die Zuordnung abweichender individueller Werte in einer generalisierenden Betrachtung aufgrund von Abrechnungsergebnissen aus der Vergangenheit ändere nichts daran, dass arztgruppenspezifische Grenzwerte im HVV geregelt seien. Auch gehe die Zuordnung der IBs mit einem festen Punktwert i.H.v. 5,11 Cent einher. Die rechtliche Relevanz einer insoweit als Einwand ausgeführten praktischen Nichtvergütung eines Teils der überschreitenden Leistungsmenge erschließe sich angesichts gefestigter höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht. Zudem habe das BSG auch die Kombination der Quotierungsregelung nach § 7 Abs. 2 HVV als floatendem Element mit dem festem Punktwert von 5,11 Cent als rechtlich unbedenklich beurteilt. Soweit eingewandt werde, dass der feste Punktwert in Höhe von 5,11 Cent lediglich ein rechnerisch fester Punktwert sei, bleibe zu beachten, dass ein fester Vergütungspunktwert dem gesetzgeberischen Willen nicht entsprechen könne. Ohne Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen sei eine Vergütung mit festen Punktwerten schlichtweg nicht möglich; gedeckelte Gesamtvergütung und feste Vergütungspunktwerte schlossen sich aus. Da die gesetzliche Vorgabe nicht "eins zu eins" habe umgesetzt werden können, sei es rechtlich nicht zu beanstanden, wenn die Beklagte versucht habe, dem Sinn und Zweck der gesetzlichen Vorgaben möglichst weitgehend zu entsprechen. Letztlich sei damit im HVV ein fester Punktwert normiert worden. Demzufolge seien die vom BSG für RLV herangezogenen Kriterien erfüllt. Auch soweit verlangt werde, die über die zugeordneten Grenzwerte hinausgehende Leistungsmenge mit einem abgestaffelten Punktwert zu vergüten, sei dies nach § 6 Abs. 5 Satz 1 HVV gewährleistet. Die in dem bis zum 31.03.2005 geltenden HVV geregelte Individualbudgetierung sei ganz überwiegend identisch mit jener des ab 01.04.2005 maßgebenden HVV. Sofern ggf. vorgegebene Kernpunkte nicht im HVV mit Wirkung bis zum 31.03.2005 normiert gewesen seien, komme dem nur geringfügige Bedeutung zu. Sie - die Beklagte - sei gehalten, die Beschlüsse des Bewertungsausschuss zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben

abzuwarten. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung habe die maßgebliche Beschlussfassung im Schreiben vom 25.11.2004 nicht beanstandet. Erst im Anschluss hätten die Partner der Gesamtverträge entsprechende Verhandlungen aufnehmen und Vertragsabschlüsse mit Wirkung ab dem 01.04.2005 generieren können. Die Steuerungselemente müssten nicht identisch sein: Ausreichend sei es, wenn sie im Hinblick auf ihre Auswirkungen vergleichbar seien. Sowohl Individualbudgetierung als auch RLV dienten der Kalkulationssicherheit und Punktwertstabilisierung. Für die RLV ergäbe sich dies bereits aus der Gesetzesbegründung; für die Individualbudgetierung sei dies letztlich durch das BSG (Urteil vom 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) -) bestätigt worden sei. Die im Jahr 2004 vom Bewertungsausschuss getroffenen Entscheidungen betreffend RLV seien vorläufige bzw. Übergangsregelungen gewesen. Der Bewertungsausschuss sei im Sinne einer ihm als Selbstverwaltungsorgan obliegenden Verpflichtung zur Wahrung der Funktionalität des Systems der vertragsärztlichen Versorgung gehalten gewesen, Neuregelungen i.S. einer Anpassung der HVV nur insoweit vorzugeben, als sie zur Realisierung der gesetzlichen Vorgaben zwingend erforderlich gewesen seien. Dieser Verpflichtung sei der Bewertungsausschuss mit Beschluss vom 29.10.2004 im Rahmen seiner Normsetzungskompetenz in rechtlich nicht zu beanstandender Weise nachgekommen. Die Partner der Gesamtverträge seien berechtigt, von der Möglichkeit der Beschlussfassung Gebrauch zu machen und sich statt Einführung von RLV für die Fortführung der IBs im HVV zu entscheiden. Ohne Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen und wegen des vorläufigen Charakters der Regelungen habe jeder einzelne KV-Bezirk zu prüfen, ob entstehende Verwerfungen nicht zu einer Gefährdung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung führen könnten. Hinzu komme, dass der EBM 2000plus erst mit Wirkung zum Quartal II/2005 eingeführt worden sei und eine gesicherte Datenlage - zumindest aus zwei Abrechnungsquartalen - erst Ende Oktober 2005 zur Verfügung gestanden habe. Die Transcodierungsliste habe eine annähernd gesicherte Datenlage nicht ermöglicht. Zudem sei bereits bei Einführung des EBM 2000plus eindeutig gewesen, dass es weitere, z.T. umfangreiche Anpassungen geben werde. Nach alledem sei die Fortführung der Individualbudgetierung im HVV mit Wirkung ab dem 01.04.2005 vom Beschluss des Bewertungsausschuss vom 29.10.2004 (Teil III.2.2) gedeckt.

Die Beigeladene zu 7) schließt sich dieser Auffassung an und führt aus, die Situation in Bezug auf Mengensteuerungsinstrumente habe sich bei Beschlussfassung des Bewertungsausschusses am 29.10.2004 im Wesentlichen wie folgt dargestellt: Aufgrund der bis zum 31.12.2003 geltenden Rechtslage hätten die KVen unterschiedliche Mengensteuerungsinstrumente angewandt. Zum Teil hätten die ab dem 01.07.2004 zu schließenden HVV noch Praxisbudgets bzw. Nachfolgeregelungen vorgesehen, zum Teil sei von der bereits vor dem GMG geschaffenen Möglichkeit, RLV einzuführen, Gebrauch gemacht worden. Darüber hinaus habe infolge von [§§ 85a](#) und [85b SGB V](#) der gesetzgeberische Auftrag bestanden, zum 01.01.2007 die vertragsärztliche Vergütung neu zu ordnen. In [§ 85b SGB V](#) seien hierzu detaillierte Regelungen zur Systematik der arztbezogenen RLV ab dem 01.01.2007 vorgegeben gewesen. Die in dieser Situation im Jahr 2004 vom Bewertungsausschuss zu fassenden Beschlüsse betreffend RLV hätten insofern vorläufige Regelungen bzw. Übergangsregelungen dargestellt. Die Umsetzung derartiger Regelungen stelle für die KVen regelmäßig einen erheblichen Aufwand dar. So müssten Vereinbarungen im Rahmen der Gesamtverträge geschlossen werden. Diese bedürften der technischen Realisierung und würden regelmäßig zahlreiche Rechtsfragen aufwerfen. Der Bewertungsausschuss habe die Möglichkeit eröffnet, von den Vorgaben des Beschlusses abzuweichen, sofern "in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbare" Steuerungsinstrumente vorhanden seien. Durch diese Öffnungsklausel habe der Bewertungsausschuss weder seinen gesetzlichen Regelungsauftrag verletzt noch seine Kompetenzen überschritten. Dem Bewertungsausschuss komme als Normgeber ein weiter Beurteilungsspielraum bei der Ausgestaltung der von ihm nach dem Gesetz zu treffenden Regelungen zu. Soweit sich eine unter Inanspruchnahme der streitigen Öffnungsklausel auf Landesebene getroffene vom Beschluss des Bewertungsausschuss abweichende Regelung im Rahmen der gesetzlichen Vorgabe des [§ 85 Abs. 4 S. 7 SGB V](#) bewege, habe der Bewertungsausschuss in Wahrnehmung seines Regelungsauftrags auch diese Regelung beschließen können. Dementsprechend sei es vom Beurteilungsspielraum des Bewertungsausschuss auch gedeckt gewesen, wenn dieser auf Landesebene bereits bestehende unterschiedliche Regelungsansätze aufgreife und diese, soweit den gesetzlichen Vorgaben entsprechend, als alternative Verfahrensweisen in seinen Beschluss aufnehme. Nichts anderes könne gelten, wenn der Bewertungsausschuss alternative Verfahrensweisen zwar nicht explizit in seinen Beschluss aufnehme, sie aber über eine Öffnungsklausel zulasse. Danach komme es entscheidend auf die Frage an, inwieweit die auf Landesebene getroffenen Regelungen mit den gesetzlichen Vorgaben in Einklang stünden.

Die Beigeladene zu 8) schließt sich diesen Ausführungen an.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten sowie den Inhalt der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung ist statthaft ([§ 143 SGG](#)). Zwar ist der Wert des Beschwerdegegenstandes ungewiss, denn der erstinstanzliche Antrag der Klägerin war darauf gerichtet, den Bescheid vom 06.04.2006 aufzuheben und unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Ob die Berufung der Zulassung bedarf, weil der Wert des Beschwerdegegenstandes 750,00 EUR nicht übersteigt ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)), lässt sich weder dem Vorbringen der Klägerin noch den sonstigen aktenkundigen Unterlagen entnehmen. Zwar ist das Gericht bei unbeziffertem Antrag grundsätzlich gehalten, den Wert des Beschwerdegegenstandes zu ermitteln hat (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Auflage, 2008, vor § 51 Rdn. 20; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O., § 144 Rdn. 15a), dies führt indes nicht weiter. Eine Vergleichsberechnung unter Geltung der Individualbudgetierung einerseits und auf der Grundlage von RLV andererseits vermag keine verlässlichen Ergebnisse zu erbringen. Die Beklagte ist zwar an die Vorgaben des Bewertungsausschusses (nachfolgend II.1.) gebunden, dennoch hat sie in der Umsetzung Gestaltungsspielräume (vgl. BSG, Urteil vom 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) - zum HVM), was namentlich für das dem Rechtsstreit zu Grunde liegende Quartal II/2005 gilt. Hieraus folgt, dass eine Vergleichsberechnung so lange zu einem ungewissen Ergebnis führt, wie nicht alle rechtlichen Bedingungen für eine Honorarberechnung auf der Grundlage von RLV fixiert sind. Angesichts dieser Sach- und Rechtslage hat die Klägerin zutreffend einen Bescheidungsantrag formuliert. Lässt sich nicht nachweisen, dass die Voraussetzungen für eine Beschränkung der Berufung erfüllt sind, greift die Grundregel des [§ 143 SGG](#) ein, nach der die Berufung statthaft ist (vgl. Frehse in Jansen, SGG, 3. Auflage, 2009, § 144 Rdn. 8; Leitherer a.a.O.).

Die Berufung ist auch im Übrigen zulässig, insbesondere sind Form und Frist gewahrt ([§ 151 SGG](#)). II.

Die Berufung der Klägerin ist begründet. Der angefochtene Honorarbescheid der Beklagten in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.04.2006 ist entgegen der Auffassung des SG rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten (§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG). Die dem Honorarbescheid zu Grunde liegenden Honorarverteilungsregelungen sind rechtswidrig und damit unwirksam.

Die Klägerin hat Anspruch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates. Der von der Beklagten der Honorarberechnung zugrunde gelegte HVV verstößt gegen höherrangiges Recht. Er entspricht (1.) nicht den Vorgaben des § 85 Abs. 4 Satz 7 und 8 SGB V und erfüllt (2.) nicht die vom Bewertungsausschuss am 29.10.2004 zu Teil III Nr. 2.2 beschlossene Übergangsregelung.

1.

a) Gemäß § 85 Abs. 4 SGB V in der für das Quartal II/2005 geltenden Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vom 14.11.2003 (BGBl. I 2190), in Kraft seit 01.01.2004, verteilt die KV die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte (Satz 1, 1. Halbsatz). Sie wendet dabei ab dem 01.07.2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30.04.2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen (Satz 3, 1. Halbsatz). Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen (Satz 6). Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina, Satz 7). Sodann wird vorgegeben, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird (Satz 8). Nach § 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V bestimmt der Bewertungsausschuss Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 4 SGB V, unter anderem erstmalig bis zum 29.02.2004 auch den Inhalt der nach § 85 Abs. 4 Satz 4, 6, 7 und 8 SGB V zu treffenden Regelungen. Die nach § 85 Abs. 4a SGB V zu beschließenden bundeseinheitlichen Vorgaben für die regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe sind nach § 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V Bestandteil der an die Stelle der bisherigen Beschlussfassung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen tretenden HVM-Vereinbarungen nach § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V in der Fassung des GMG, was in seiner rechtlichen Bindungswirkung der Vereinbarung des Bundesmanteltarifvertrages als "allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge" nach § 82 Abs. 1 SGB V entspricht. Dabei kommt im Falle einer divergenten Regelung den bundeseinheitlichen Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses der Vorrang zu. Die Vertragspartner des HVV waren und sind an die Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses in der Weise gebunden, dass sie rechtswirksam keine abweichenden Regelungen treffen konnten (vgl. BSG, Urteil vom 28.01.2004 - B 6 KA 52/03 R -).

Der Gesetzgeber hat damit die bisher als Sollvorschrift ausgestaltete Regelung des bis 31.12.2003 geltenden § 85 Abs. 4 SGB V (zuletzt in der Fassung des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte vom 11.12.2001, BGBl. I 3526):

Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes verhütet wird (Satz 5). Insbesondere kann vorgesehen werden, dass die von einem Vertragsarzt erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Umfang (Regelleistungsvolumen) nach festen Punktwerten vergütet werden; die Werte für das Regelleistungsvolumen je Vertragsarzt sind arztgruppenspezifisch festzulegen (Satz 6). Übersteigt das Leistungsvolumen eines Vertragsarztes das Regelleistungsvolumen einer Arztgruppe, kann der Punktwert bei der Vergütung der das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungen abgestaffelt werden (Satz 7).

(u.a.) für die Honorierung der im Quartal II/2005 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen verbindlich vorgegeben.

Der Vergleich der beiden o.a. Fassungen zeigt, dass an die Stelle des als Satzung zu beschließenden HVM (mit lediglich einer Benehmensherstellung mit den Landesverbänden der Krankenkassen) der HVV als Gesamtvertrag (§ 83 SGB V) mit entsprechend stärkerem Einfluss der Landesverbände der Krankenkassen auf den Inhalt der Vereinbarung getreten ist. In den Sätzen 7 und 8 neuer Fassung ist die bisher in das Ermessen der KV gestellten Regelung (insbesondere kann ... ein Regelleistungsvolumen vorgesehen werden; übersteigt das Leistungsvolumen ... kann der Punktwert abgestaffelt werden; der Verteilungsmaßstab soll eine übermäßige Ausdehnung verhindern) nunmehr als verbindliche Vorgaben formuliert (der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung vorzusehen, insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen ...). Anstelle gesetzlicher Regelungen, die letztlich unverbindliche Empfehlungen für die Ausgestaltung des den KVen eingeräumten Gestaltungsspielraums enthielten, sind nunmehr Vorschriften getreten, die keine Ausnahmen zulassen und damit für den HVV verbindlich sind. Aus der Formulierung "insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen" folgt nichts anderes. Die Formulierung "insbesondere" erlaubt kein Absehen von arztgruppenspezifischen Grenzwerten, sie gibt den Partnern des HVV lediglich die Möglichkeit, darüber hinaus weitere Steuerungsinstrumente zu entwickeln und zur Anwendung zu bringen. Der Ausdruck "insbesondere" schließt somit weitere Maßnahmen nicht aus, macht aber den Regelungsinhalt nicht zu einem unverbindlichen Beispielsfall (LSG Hessen, Urteil vom 24.06.2009 - L 4 KA 110/08 -; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 29.10.2008 - L 5 KA 2054/08 -).

b) Der Verpflichtung gemäß § 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V, den Inhalt der nach Abs. 4 Satz 7 und 8 zu treffenden Regelungen zu bestimmen, ist der Bewertungsausschuss in seiner 93. Sitzung mit dem Beschluss vom 29.10.2004 nachgekommen (Deutsches Ärzteblatt 2004, 102 (46), A-3129 f.). Er hat unter Teil II den Partnern der HVV empfohlen, die bis zum 31.12.2004 gültigen HVV bis zum 31.03.2005 anzuwenden und folgende Ausführungsvorschriften für die Bildung von RLV im Zeitraum vom 01.04.2005 bis 31.12.2005 erlassen:

III. Im Zeitraum vom 01.04.2006 bis 31.12.2005 gilt folgende Regelung für die Bildung von Regeleistungsvolumen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V:

1. Maßnahmen zur Steuerung arztgruppenspezifischer Auswirkungen

Im Honorarverteilungsvertrag werden Arztgruppentöpfe für die in Anlage 1, aufgeführten Arztgruppen gebildet, die die Abrechnung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage des zum 1. April 2005 in Kraft getretenen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) berücksichtigen. Eine Anpassung dieser Arztgruppentöpfe im Rahmen der Honorarverteilung ist dann in den Folgequartalen (ggf. in Schritten) notwendig, wenn der für eine Arztgruppe gemäß Anlage 1 für das Vorquartal ermittelte rechnerische Punktwert (Vergütung für Leistungen des Regelleistungsvolumens im Arztgruppentopf zu Leistungsbedarf in Punkten für Leistungen des Regelleistungsvolumens [Leistungsbedarf im Regelleistungsvolumen und Leistungsbedarf, der über das Regelleistungsvolumen hinausgeht]) den über alle Arztgruppen eines Versorgungsbereichs gleichermaßen (ohne Berücksichtigung der Arztgruppentöpfe) ermittelten durchschnittlichen

rechnerischen Punktwert um mehr als zehn Prozent über- oder unterschreitet.

Für Leistungen und Leistungsarten gemäß 4. kann im Honorarverteilungsvertrag festgelegt werden, dass in den Arztgruppentöpfen Untertöpfe gebildet werden. Im Honorarverteilungsvertrag kann weiterhin festgelegt werden, dass Leistungen aus 4.1 außerhalb der Arztgruppentöpfe nach einheitlichen Vorgaben für alle Ärzte vergütet werden (zum Beispiel organisierter Notfalldienst). Zudem kann die Bildung der Arztgruppentöpfe getrennt nach Primär- und Ersatzkassen im Honorarverteilungsvertrag festgelegt werden. Davon abweichend kann im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene unter Berücksichtigung der Trennung der Vergütungen in einen haus- und fachärztlichen Anteil auf die Bildung von Arztgruppentöpfen verzichtet werden. (...)

2. Vergütung für ärztliche Leistungen 2.1 Grundsatz der Vergütung

Die Vergütung der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführten ärztlichen Leistungen erfolgt für alle Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren auf der Grundlage des gesamten abgerechneten anerkannten Leistungsbedarfs der Ärzte einer Arztpraxis oder eines medizinischen Versorgungszentrums (Arzt-Abrechnungsnummer) des jeweiligen aktuellen Abrechnungsquartals nach Maßgabe des vereinbarten Honorarverteilungsvertrages.

Regelleistungsvolumen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) sind arztgruppenspezifische Grenzwerte, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum (Arzt-Abrechnungsnummer) im jeweiligen Kalendervierteljahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (ggf. jeweils) vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten sind. Für den Fall der Überschreitung der Regelleistungsvolumen ist vorzusehen, dass die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergüten ist.

2. Anwendung von Regelleistungsvolumen

Sofern in einer Kassenärztlichen Vereinigung zum 31. März 2005 bereits Steuerungsinstrumente vorhanden sind, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar sind, können diese bis zum 31. Dezember 2005 fortgeführt werden, wenn die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene das Einvernehmen hierzu herstellen. Wird kein Einvernehmen durch die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene hergestellt oder sind solche Steuerungselemente, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar sind, nicht vorhanden, finden Regelleistungsvolumen gemäß 3. mit Wirkung zum 1. April 2005 Anwendung.

3. Ermittlungen und Festsetzungen von Regelleistungsvolumen

3.1. Ermittlung des Regelleistungsvolumens (...) Die Höhe des Regelleistungsvolumens (RLV) einer Arztpraxis (...) ergibt sich (...) aus der Multiplikation der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl (FPZ) und der Fallzahl der Arztpraxis (...) im aktuellen Abrechnungsquartal. (...)

3.2. Ermittlung der KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl Die für eine Arztpraxis (...) zutreffende Fallpunktzahl (FPZ) wird für jeden über 150 der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden Fall gemäß 3.3. um 25 % gemindert. (...)

3. Ermittlung der Fallzahl

Die für die Ermittlung des Regelleistungsvolumens relevante Fallzahl einer Arztpraxis entspricht dabei der Anzahl der kurativ-ambulantem Behandlungsfälle (...).

3. Fallzahlobergrenze

Die KV-bezogene, arztgruppenspezifische Fallzahlobergrenze wird je Arzt mit 200 % des Durchschnitts je Quartal auf der Grundlage des jeweiligen Vorjahresquartals festgelegt. (...)

Die durch den Bewertungsausschuss ausgefüllte Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) enthält sonach zusammengefasst folgende Vorgaben:

RLV werden arzt- und praxisbezogen ermittelt,

das RLV selbst ist die Leistungsmenge, für die der Vertragsarzt den vollen Preis nach der maßgeblichen Eurogebührenordnung erhält,

maßgebend ist der Leistungsbedarf, den die Praxis im vorgegebenen Zeitraum erwirtschaftet hat, ohne eine niedrigere Honorierung als in der Euro-Gebührenordnung ausgewiesen, befürchten zu müssen,

das RLV ergibt sich aus der Multiplikation eines arztgruppenspezifischen Fallwertes mit der praxisindividuellen Fallzahl,

die Fallzahl entspricht der Anzahl der kurativ-ambulantem Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä,

die Fallpunktzahl ergibt sich aus der Zugehörigkeit zu einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 der und der Berechnungsvorgabe in Anlage 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses.

c) Den Vorgaben des Gesetzgebers und des Bewertungsausschusses genügt der HVV der Beklagten in der ab dem 01.04.2005 geltenden Fassung insofern nicht, als er wie der zuvor maßgebende HVV ein IB in Form eines Punktzahlengrenzwertes für das Gros der von der Klägerin erbrachten Leistungen auf der Basis der Abrechnungswerte der Quartale III/1997 bis II/1998 vorsieht (§ 7 Ziff. 1 HVV). Davon ausgenommen sind Notfall-, Präventions-, Impf-, Methadon- und psychotherapeutische Leistungen, die hausärztliche Grundvergütung, die übrigen Vorwegzahlungen nach § 6 Abs. 3 HVV (z.B. Fremdkassenausgleich, Dialyse-Kostenerstattungen) sowie bestimmte Labor-

Kostenanteile (§ 7 Ziff. 1 Abs. 3 HVV). Nach dem Mechanismus des HVV wird 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 werden. Der sich so ergebende Umsatz wird mit dem Faktor 10 multipliziert. Darüber hinaus gehende Leistungen unterliegen einer Kürzung auf das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen. Die nach Kürzung gemäß § 7 HVV verbleibenden punktzahlbewerteten Leistungen werden 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 ergibt, die auf das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen anzuwenden ist (§ 7 Ziff. 3 Abs. 3 HVV). Im Ergebnis floatet damit der Punktwert (vgl. BSG, Urteil vom 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) -) bzw. der vergütete Leistungsbedarf (so KVNO aktuell 4/99, S. 4).

Diese Regelungen sind nicht mit dem nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) verbindlich vorgegebenen System der RLV vereinbar und stellen auch keine zulässige Ausnahme dar. Sie sind ein Aliud, denn ihnen liegen keine arztgruppenspezifischen Grenzwerte zu Grunde, bis zu denen die Leistungen des Vertragsarztes mit einem festen Punktwert zu vergüten sind. Kernpunkte des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) sind die Festlegung arztgruppenspezifischer und fester Punktwerte. Das BSG hat dazu in seiner Entscheidung vom 17.03.2010 - [B 6 KA 43/08 R](#) - ausgeführt:

Von den beiden Vorgaben - arztgruppenspezifische Grenzwerte und feste Punktwerte sowie für die darüber hinausgehenden Leistungsmengen abgestaffelte Punktwerte - kommt besonderes Gewicht den festen Punktwerten zu. Dies ergibt sich aus dem Ziel der Regelung, den Ärzten Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihrer Praxisumsätze und -einkommen zu geben (vgl. die Begründungen zum Gesetzentwurf vom 16.6.2003, [BT-Drucks 15/1170 S 79](#), und vom 8.9.2003, [BT-Drucks 15/1525 S 101](#)). Für das hiermit bezeichnete Ziel, stabile Punktwerte zu gewährleisten und den Ärzten dadurch zu ermöglichen, ihr zu erwartendes vertragsärztliches Honorar sicherer abzuschätzen stellt das Erfordernis der Festlegung fester Punktwerte (anstelle sog floatender Punktwerte) eine zentrale und strikte Vorgabe dar.

Regelleistungsvolumina zielen somit auch auf eine Begrenzung des ärztlichen Leistungsverhaltens, indem nur das typische Leistungsgeschehen innerhalb einer Arztgruppe zum Maßstab genommen und mit einem festen Punktwert vergütet wird, hingegen darüber hinaus erbrachte Leistungen nur noch mit deutlich niedrigeren Punktwerten vergütet werden (vgl. Freudenberg in jurisPK-SGB V, 2008, § 85 Rdn. 164; Scholz in Becker/Kingreen, a.a.O., § 85 Rdn. 12).

Zwar 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 (BSG, Urteil vom 17.03.2010 - [B 6 KA 43/08 R](#) - unter Hinweis auf die Regelung in Teil III Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004). Auch diesen Vorgaben genügt der angegriffene HVV nach Maßgabe seiner oben dargestellten Honorarverteilungsregelung indessen nicht.

Soweit die Beklagte in KVNO aktuell (1+2, 2005, S. 9) ausgeführt hat,

Die Kassen und die KV Nordrhein sind sich einig, dass die Individualbudgets die gesetzlichen Vorschriften erfüllen. Sie sollen deswegen bis zum Jahresende in Kraft bleiben.

trifft dieser Hinweis ausweislich der Präambel des ab dem 01.04.2005 geltenden HVV (Rheinisches Ärzteblatt 3/2005, S. 88 f.) nicht zu. Hierin haben die Vertragsparteien explizit zum Ausdruck gebracht, den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) nicht zu folgen, wenn es heißt:

"(...) Die Vertragspartner vertreten gemeinsam die Auffassung, dass im Hinblick auf den zum 01.04.2005 in Kraft tretenden neuen EBM 2000 plus eine umfassende Überarbeitung der Inhalte des HVV zum jetzigen Zeitpunkt nicht sinnvoll ist. Im Übrigen hat der Bewertungsausschuss nach [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) durch Beschluss in seiner 93. Sitzung die Möglichkeit eröffnet, für den Zeitraum vom 01.04.2005 bis zum 31.12.2005 den bisher gültigen HVV als Übergangsregelung fortzuführen. Auf Grund dessen kommt für den Zeitraum ab dem 01.04.2005 der am 30.06.2004 gültige Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit den zuletzt für den Zeitraum vom 01.07.2004 bis 31.03.2005 geltenden Änderungen in der nachstehenden Fassung zur Anwendung."

Nach alldem steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Individualbudgetierungsregelung des ab dem 01.04.2005 maßgebenden HVV nicht den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) genügt.

2.

Folgerichtig stützt die Beklagte die umstrittenen Passagen ihres HVV auf den vom Bewertungsausschuss unter Teil III Ziff. 2.2 ("Anwendung von Regelleistungsvolumen") formulierten Ausnahmetatbestand:

"Sofern in einer Kassenärztlichen Vereinigung zum 31.03.2005 bereits Steuerungsinstrumente vorhanden sind, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) vergleichbar sind, können diese bis zum 31.12.2005 fortgeführt werden, wenn die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene das Einvernehmen hierzu herstellen."

a) Diese Übergangsregelung ist wirksam. Das BSG hat in seinem Urteil vom 17.03.2010 - [B 6 KA 43/08 R](#) - ausgeführt:

"Der BewA hat (die Ausnahmeregelung) entgegen der Ansicht des Klägers aufgrund der Ermächtigung des [§ 85 Abs. 4a Satz 1](#) letzter Teilsatz i.V.m. Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V normieren dürfen. (...)

Der Ansicht des Klägers, die Übergangsregelung in Teil III Nr. 2.2 des Beschlusses des BewA vom 29.10.2004 sei nicht von der Ermächtigung des [§ 85 Abs. 4a Satz 1](#) letzter Teilsatz i.V.m. Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V gedeckt, trifft nicht zu. Diese Ansicht verkennt, dass dem BewA bei der ihm übertragenen Aufgabe der Konkretisierung des Inhalts der gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) zu treffenden Regelungen Gestaltungsfreiheit eingeräumt ist (..., vgl. weiterhin BSG, Urteil vom 3.2.2009 - [B 6 KA 31/08 R](#) - RdNr 26, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen).

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.

Diesen Anforderungen wurde die Übergangsvorschrift in Teil III Nr. 2.2 des Beschlusses des BewA vom 29.10.2004 bei ermächtigungskonformer Auslegung gerecht. Nach dem Wortlaut der Ermächtigungsvorschrift war es gestattet, dass bisherige Steuerungsinstrumente, deren Auswirkungen mit den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar sind, fortgeführt werden."

Diesen Ansatz erachtet der Senat als zutreffend. Die Beteiligten sind dem nicht entgegengetreten.

b) Der Übergangsregelung in Teil III Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschuss vom 29.10.2004 entsprechen die umstrittenen Bestimmungen des HVV der Beklagten nicht. Zwar haben die Vertragsparteien mit dem ab 01.04.2005 geltenden HVV ihre vorherige Regelungen ("Steuerungsinstrumente") im HVV in der bis 31.03.2005 geltenden Fassung fortgeführt (aa)). Der HVV in der bis 31.03.2005 geltenden Fassung enthielt indessen entgegen der obigen Übergangsvorschrift keine Steuerungsinstrumente, deren Auswirkungen mit den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar waren (bb)). Die Regelungen des HVV in der ab 01.04.2005 geltenden Fassung lassen sich auch nicht im Zusammenhang mit der Einführung des EBM 2000plus unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung rechtfertigen (cc)).

aa) Die Beklagte hat im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen die Honorarverteilung in der 2005 geschlossenen "Vereinbarung auf der Grundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#)" (Rheinisches Ärzteblatt 2005 S. 88 ff.) geregelt und insofern gemäß dessen oben zitierter Präambel in Verbindung mit der Laufzeitbestimmung des § 15 HVV für den Zeitraum ab dem 01.04.2005 den am 30.06.2004 gültigen HVM (vom 30.11.2002) der KV Nordrhein (Rheinisches Ärzteblatt 2003 S. 76 ff.) mit den zuletzt für den Zeitraum vom 01.07.2004 bis 31.03.2005 geltenden Änderungen (Rheinisches Ärzteblatt 2004 S. 76 ff.) für anwendbar erklärt, mithin im Ergebnis i.S.d. von Teil III Ziff. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses als Steuerungsinstrument fortgeführt.

Vorrangiges Steuerungsinstrument ärztlichen Leistungsgeschehens ist der EBM (hierzu Hess in Schnapp/Wigge, 2. Auflage, 2008, § 16 Rdn. 40), indessen weisen auch "Honorarverteilungsregelungen" steuerungsfunktionale Elemente auf (vgl. auch Senat. Urteil vom 23.08.2006 - [L 11 KA 4/05](#) -). Das sind nach Maßgabe des HVV der Beklagten die entsprechenden Individualbudgetierungsregelungen zwecks Festlegung von IBS als eine in Punkten festgelegte Obergrenze pro Quartal, bis zu der die Vertragsärzte grundsätzlich Leistungen erbringen können, die Bewertung mit einem rechnerischen (hypothetischen) Punktwert, dessen tatsächlicher Wert sich nach der Fachgruppenquote richtet sowie die grundsätzliche Kürzung auf das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen. Diese Instrumente waren Gegenstand des bis zum 31.03.2005 geltenden HVV i.d.F. vom 01.07.2004 (Rheinisches Ärzteblatt 6/2004, S. 76 ff.), dort geregelt unter § 7. Hieran hat die Beklagte auch in dem ab dem 01.04.2005 geltenden HVV (Rheinisches Ärzteblatt 3/2005, S. 88 f.), wiederum geregelt unter § 7, festgehalten und hierzu das nach der Ausnahmeregelung des Bewertungsausschuss (Teil III Ziff. 2.2) erforderliche Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene hergestellt. Die Beklagte hat sonach das Steuerungsinstrument "Individualbudgetierung" aus dem bis zum 31.03.2005 gültigen HVV (a.F.) in den ab dem 01.04.2005 maßgebenden HVV (n.F.) übernommen. Ausweislich der Präambel des HVV n.F. haben die Vertragspartner eine umfassende Überarbeitung der Inhalte des HVV für nicht sinnvoll angesehen und - ihrem Bekunden nach - auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses den bis 31.03.2005 gültigen HVV mit Änderungen ab 01.04.2005 als Übergangsregelung fortgeführt.

Die Änderungen des HVV n.F. betreffen im Wesentlichen:

Anpassungen an neue Bestimmungen des ab 01.04.2005 geltenden EBM 2000 plus, wie z.B. der Ausschluss bestimmter Leistungen bei belegärztlicher Behandlung gemäß § 8 HVV, die Erstattung von Kosten gemäß § 9 Ziff. 1) und 2) HVV oder auch lediglich Anpassungen von geänderten Leistungsziffern bei ansonsten unveränderter Legende des EBM 2000 plus, wie z.B. beim Wegegeld gemäß § 10 Ziff. 5) HVV.

Abrechnungsfähigkeit ambulanter Notfalleleistungen gemäß § 3 HVV.

Berücksichtigung technischer Entwicklungen bei EDV-gestützten Abrechnungen bei der Rechnungslegung, § 4 Ziff. 1) HVV.

Begrenzung der Aufwandsentschädigung bei verspäteter Abrechnung auf maximal 10.000,00 EUR gemäß § 4 Ziff. 6) b) HVV.

Feststellung eines Abstufungspunktwertes für im Einzelfall das Individualbudget übersteigende Punktmengen gemäß § 6 Ziff. 5) HVV.

Reaktion auf den Beschluss des Bewertungsausschuss vom 29.10.2004 zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten in §§ 6a Ziff. 4, 6b Ziff. 3) HVV.

Bildung von Honorartöpfen für die Gruppen der Humangenetiker und der Reha-Mediziner, für die es bislang keine Mengenbegrenzung gab, §§ 6 b Ziff. 5), 7 Ziff. 2 HVV, und entsprechende Regelung über die Bildung von Individualbudgets (Bemessungszeitraum III/03 bis II/04) einschließlich die Einräumung einer Zuwachsmöglichkeit und Festlegung von Punktzahlengrenzwerten für diese Gruppen gemäß § 7 Ziff. 1 HVV.

Einführung eines Haftungsausschlusses für den Fall, dass sich aus der Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschuss vom 29.10.2004 bzw. den Regelungen in diesem HVV eine Rechtswidrigkeit von Honorarbescheiden der Beklagten ergibt (§ 14 HVV).

Bei diesen Änderungen handelt es sich um Modifizierungen bzw. nicht systemrelevante Ergänzungen des bis 31.03.2005 geltenden HVV (a.F.) in näher beschriebenen Einzelfällen ohne das grundlegende System der Honorarverteilung mittels Individualbudgetierung aufzugeben bzw. von der Vorgabe RLV zu realisieren, (noch weiter) wegzuführen. Die Vertragspartner haben weiterhin an der Individualbudgetierung festgehalten, was den Anforderungen des BSG in seinem Urteil vom 17.03.2010 - [B 6 KA 43/08 R](#) -

"Ob bzw. inwieweit im Rahmen einer "Fortführung" bisheriger Honorarverteilungsregelungen auch der Austausch einzelner Bestimmungen zulässig ist, bedarf hier keiner näheren Erörterung. Jedenfalls dürften etwaige Änderungen mit Blick auf die dargestellte Zielsetzung der Annäherung an die Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) nicht von diesen Vorgaben wegführen. Dies wäre nicht mehr von der Übergangsregelung in Teil III Nr 2.2 des Beschlusses des BewA vom 29.10.2004 gedeckt."

entspricht.

Die Vertragsparteien haben die bis 31.03.2005 geltenden Steuerungsinstrumente, auf die der Bewertungsausschuss unter Teil III Ziff. 2.2. seines Beschlusses vom 29.10.2004 ("Sofern in einer Kassenärztlichen Vereinigung zum 31.03.2005 bereits Steuerungsinstrumente vorhanden sind, (...) können diese bis zum 31.12.2005 fortgeführt werden") abstellt, sonach im Grundsatz nicht verändert, mithin i.S.d. von Teil III Ziff. 2.2. des Beschlusses des Bewertungsausschuss "fortgeführt".

bb) Ungeachtet dessen, dass die Steuerungsinstrumente des HVV a.F. mittels des HVV n.F. fortgeführt worden sind, rechtfertigt Teil III Ziff. 2.2 der Übergangsregelung die Individualbudgetierungsregelungen des HVV n.F. nicht. Zwar sind die Ziele der Steuerungsinstrumente RLV und IB weitgehend identisch (1), indessen sind deren Auswirkungen nicht vergleichbar (2).

(1) Das BSG hat in seinem Urteil vom 10.12.2003 ([a.a.O.](#)) zu der ab 01.07.1999 geltenden, in wesentlichen Grundzügen gleichlautenden Fassung des HVM die Einführung des Individualbudgets auf der Basis des [§ 85 SGB V](#) i.d.F. des ab 01.01.1999 geltenden Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19.12.1998 ([BGBl I 3853](#)) als rechtmäßig erachtet und in diesem Zusammenhang zu den Zielsetzungen des damaligen HVM angeführt: Mit diesen Regelungen will die Beklagte durch eine Begrenzung der zu vergütenden Punktmenge bei bestimmten Leistungen eine Stabilisierung des Punktwertes für den einzelnen Arzt erreichen. Dieser soll in dem vom Budget erfassten Bereich 10 Pf betragen (§ 7 Abs. 2 HVM). Damit hat der einzelne Arzt für die Leistungsmenge in Höhe seines individuellen Budgets Kalkulationssicherheit in dem Sinne, dass er bei ungefähr gleich bleibenden Behandlungsfällen und -voraussetzungen schon zu Beginn eines Quartals die Höhe des insoweit zu erwartenden Honorars sicherer abschätzen kann. Ausweitungen der Leistungsmenge durch andere Ärzte wirken sich in dem durch das individuelle Budget gesicherten Bereich nicht aus. Bei der von der Beklagten angestrebten Stabilisierung des Auszahlungspunktwertes und der damit verbundenen Schaffung einer gewissen finanziellen Kalkulationssicherheit handelt es sich um ein im Rahmen des [§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit billigenwertes Ziel (st Rspr, zB BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 44 S 362](#)). Der Gesetzgeber des GMG hat mit Einführung der obligatorischen RLV eben diese Ziele auch formuliert ([BT-Drs. 15/1170 S. 79](#)):

Die bisher als Soll-Vorschrift ausgestaltete Regelung zu den Regelleistungsvolumina wird verbindlich vorgegeben. Dadurch soll erreicht werden, dass die von den 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. Leistungen, die den Grenzwert überschreiten, sollen mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werden; damit soll zum einen der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung getragen werden, zum anderen soll der ökonomische Anreiz zur übermäßigen Mengenausweitung begrenzt werden.

Jeweils geht es darum, unter Beachtung des Grundsatzes der angemessenen Vergütung ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)) eine gewisse finanzielle Kalkulationssicherheit für den Vertragsarzt zu schaffen (zum IB: BSG a.a.O.; zu RLV: Engelhard in Hauck/Haines, SGB V, § 85 Rdn. 256A; Freudenberg a.a.O., § 85 Rdn. 164). Gleichermäßen Ziel beider Steuerungsinstrumente ist die Stabilisierung des Beitragssatzes sowie die Sicherung der finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung aus übergeordneten Gründen des Gemeinwohls (vgl. auch BSG, Beschluss vom 19.12.2000 - [B 6 KA 44/00 B](#) - m.w.N.). Auch [§ 87b SGB V](#) i.d.F. des Gesetzes vom 26.03.2007 ([BGBl. I S. 378](#)) belegt eine identische Zielrichtung. Hiernach werden vertragsärztliche Leistungen ab dem 01.01.2009 auf der Grundlage von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina vergütet, um eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis zu verhindern ([§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) und den Anreiz zu nehmen, medizinisch nicht erforderliche Behandlungen durchzuführen (Scholz in Becker/Kingreen, SGB V, 2. Auflage, 2010, § 87b Rdn.1)

(2) Hat der klägerseits beanstandete HVV in Bezug auf die angestrebte Kalkulationssicherheit, Stabilisierung des Auszahlungspunktwertes und Vermeidung von Ausweitungen der Leistungsmenge zwar dieselben Ziele wie die Einführung von RLV ([§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#)), kommt es im Weiteren entscheidend darauf an, ob die Auswirkungen der Einführung von RLV (arztgruppenspezifische Grenzwerte, Vergütung mit festen Punktwerten, abgestaffelte Punktwerte bei Überschreitung der Grenzwerte) vergleichbar sind mit den Auswirkungen der Individualbudgetierungsregelung des ab 01.04.2005 geltenden HVV (Individualbudget, rechnerischem Punktwert, Kürzung auf die individuelle Punktzahlgrenze). Allein eine möglicherweise gleichwertige Zielsetzung kann den Mangel nicht ausgleichen, solange nicht jedenfalls die Auswirkungen beider Steuerungsinstrumente vergleichbar sind.

Das Steuerungsinstrument IB ist in seinen "Auswirkungen" mit den normativen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) und damit jenen des RLV nicht vergleichbar.

(a) Der Terminus "Wirkung" beschreibt ein Geschehen oder Handeln bzw. deren Ergebnis, das nach einem Kausalurteil in einem Kausalzusammenhang mit einem anderen vorausgehenden Geschehen oder Ereignis bzw. Sachverhalt steht oder stehen soll (Meyers, Enzyklopädisches Lexikon, 9. Auflage, 1981, S. 420 zum Stichwort "Wirkung") bzw. eine durch verursachende Kraft bewirkte Veränderung (Duden, 1983, S. 1446 zum Stichwort "Wirkung"). Die Begrifflichkeit "Wirkung" wird somit durch drei Elemente bestimmt, nämlich Geschehen (Ereignis), Kausalverlauf und Ergebnis (Erfolg). Hingegen umschreibt die Begrifflichkeit "Auswirkung" nach allgemeinem Sprachverständnis, mit welcher Intensität der durch das Ereignis initiierte Geschehensablauf auf das Ergebnis einwirkt und welche Folgen hierdurch entstehen.

Das bedeutet: Wenn das Ziel des Einsatzes der Steuerungsinstrumente RLV und Individualbudgetierung gleichermaßen u.a. darin liegt, dem Vertragsarzt Kalkulationssicherheit zu geben, so sind die Auswirkungen beider Steuerungsinstrumente dann identisch, wenn lediglich danach gefragt wird, ob der Einsatz des jeweiligen Steuerungsinstruments dieses Ziel realisiert. Das Ziel (Kalkulationssicherheit) wäre jeweils erreicht. Die auf dieses Ergebnis (Erfolg) bezogenen Auswirkungen wären mit dem Ziel identisch, denn das Geschehen (Einsatz des Steuerungsinstruments) führt jeweils (Kausalzusammenhang) zu erhöhter Kalkulationssicherheit (Auswirkung). Dieser gedankliche Ansatz greift indessen zu kurz. Sind zwar die Ziele beider Steuerungsinstrumente identisch, können die Auswirkungen sehr wohl unterschiedlich sein. Auswirkungen hat der Einsatz der Steuerungsinstrumente nicht nur insoweit, dass ggf. die damit verbundenen Ziele erreicht werden. Die durch den Geschehensablauf (kausal) bewirkten Änderungen gehen weiter. Individualbudgetierung und RLV werden nicht um ihrer selbst Willen eingefügt, vielmehr handelt es sich um Steuerungsinstrumente, die auf das Leistungs- und Abrechnungsverhalten des Vertragsarztes einwirken sollen. Bezugspunkt des Wirkmechanismus ist daher nicht die Frage, ob das zuvor definierte Ziel erreicht wird (z.B. Kalkulationssicherheit), sondern wie sich die Zielerreichung (Geschehen) kausal auf das Leistungs- und Abrechnungsverhalten des Vertragsarztes auswirkt (Ergebnis).

In Anwendung des Steuerungsinstruments RLV steht vor Leistungserbringung fest, wie die jeweilige ärztliche Leistung vergütet wird. Demgegenüber bewirkt das Steuerungsinstrument IB, dass der Vertragsarzt bei ungefähr gleich bleibenden Behandlungsfällen und -voraussetzungen zu Beginn eines Quartals die Höhe des zu erwartenden Honorars im Gegensatz zu früheren Regelungen (lediglich) sicherer abschätzen (vgl. BSG, Urteil vom 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) -) und insofern im vorhinein sein Leistungs- und Abrechnungsverhalten bezogen auf den zu erwartenden praxisbezogenen Umsatz und der zu erwartenden Fachgruppenquote mengenbegrenzend anpassen kann. Zur Bewertung der punktzahlbewerteten Leistungen mit einem - gemessen an der jeweils zur Verfügung stehenden Höhe der Gesamtvergütung - rechnerischen Punktwert von 5,11 Cent wird kein fester Punktwert für die im Rahmen des maximalen Punktzahlvolumens abgerechneten Punkte bestimmt, sondern zur Bestimmung der Quoten (vgl. auch Abs. 2) lediglich eine Rechengröße festgelegt (vgl. LSG NRW, Urteil vom 08.03.2006 - [L 10 KA 22/05](#) -). Mit § 7 HVV erfolgt die Berechnung eines individuellen Punktwertes für den anerkannten Leistungsbedarf, der, soweit der Arzt das für seine Praxis maximal abrechenbare Punktzahlvolumen nicht überschreitet, der sogenannten Fachgruppen-Quote entspricht und im Falle einer Überschreitung eine entsprechende Reduzierung erfährt, ausgewiesen als praxisindividuelle Quote. Unabhängig von der in § 7 Abs. 2 HVM erwähnten unterschiedlichen Höhe der jeweils zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung ergeben sich in den jeweiligen Arztgruppen von dem 5,11 Cent-"Wert" bereits aus der Bildung von arztgruppenbezogenen Honorartöpfen gemäß § 6 Abs. 4 HVM Abweichungen. Die Fachgruppenquote entspricht demnach lediglich dem sich aus der Topfbildung für jede Arztgruppe ergebenden Punktwert, der vor allem durch Änderungen der Leistungsmengen - also dem Leistungsverhalten der Fachgruppe - gegenüber dem entsprechenden Bezugszeitraum beeinflusst wird. Im Rahmen der Ermittlung des individuellen Punktwertes jeder Praxis erweist sich die dem Punktwert einer Arztgruppe entsprechende Fachgruppenquote daher ihrerseits nur als ein - vom Leistungsverhalten der Arztgruppe abhängiger - Berechnungsfaktor, dessen tatsächliche Höhe erst nach Leistung und Abrechnung errechnet werden kann. Während also der Vertragsarzt nach Maßgabe der Individualbudgetierung aufgrund der Kombination von Individualbudgets und floatendem Element auf Schätzungen angewiesen ist, hat er in Anwendung des Steuerungsinstruments RLV angesichts fester Punktwerte grundsätzlich Kenntnis von der Höhe der Vergütung für jede einzelnen ärztliche Leistung. Das wiederum bedeutet, dass er unter Geltung der RLV sein Leistungsverhalten, soweit es dem Grunde nach steuerbar ist, situationsadäquat anpassen kann und insoweit nicht auf (ungewisse) Schätzungen angewiesen ist.

(b) Im Übrigen: Durch die Individualbudgetierung wird der "Umsatz" gesteuert, denn dieser ist maßgebender Anknüpfungspunkt für die Berechnung des IBs (vgl. § 7 Ziffer 1 HVV n.F.). Demgegenüber setzt das RLV-System entscheidend bei den Fallzahlen an (vgl. hierzu KVNO aktuell 7+8, 2004, Seit 2 f.), denn die Höhe des RLV ergibt sich aus der Multiplikation der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl und der Fallzahl der Arztpraxis im aktuellen Abrechnungsquartal (vgl. Teil III 3.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses). Mithin sind die Auswirkungen beider Steuerungsinstrumente auch insoweit unterschiedlich ("nicht vergleichbar"). Unter Geltung der Individualbudgetierung ist der Vertragsarzt gehalten, seinen Umsatz den Vorgaben des IB anzupassen, hingegen bewirkt das RLV-System, dass er mittels der Fallzahlen sein Leistungsgeschehen steuern muss.

(c) Demzufolge sind die vom Bewertungsausschuss unter Teil III Ziff. 2.2 des Beschlusses vom 29.12.2004 formulierten Voraussetzungen der Übergangsregelung nicht erfüllt.

cc) Die Regelungen des HVV lassen sich auch nicht im Zusammenhang mit der Einführung des EBM 2000plus unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung rechtfertigen. Denn auch eine solche müsste sich jedenfalls insoweit innerhalb des gesetzlichen Rahmens halten, als sie nicht schon von ihrer Struktur her in Widerspruch zu höherrangigen Vorgaben stehen darf. Ein solcher Widerspruch liegt aber vor. Das Fehlen fester Punktwerte ist ein zentrales Element der hier maßgeblichen normativen Vorgaben, wie oben ausgeführt ist. In der Abweichung hiervon liegt ein struktureller Mangel, der einen Rückgriff auf den Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung ausschließt (BSG, Urteil vom 17.03.2010 [a.a.O.](#)).

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Der Senat lässt die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung zu ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)). Soweit es im Urteil des BSG vom 17.03.2010 - [B 6 KA 43/08 R](#) - um die Rechtsfrage ging, ob der HVV der beklagten KV über den 01.04.2005 hinaus fortgeführt worden ist, was das BSG verneint hat, führt diese Entscheidung hier nicht weiter. Maßgebend ist vorliegend, ob und unter welchen Voraussetzungen die Auswirkungen eines über den 01.04.2005 hinaus "fortgeführten" Steuerungsinstruments (IB) jenen des RLV-Systems vergleichbar sind. Hierzu verhält sich Entscheidung des BSG a.a.O. nicht. Demzufolge war die Revision zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2011-02-24