

L 1 KA 25/09

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

1

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 11 KA 283/06

Datum

17.06.2009

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 1 KA 25/09

Datum

23.02.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Eine Honorarverteilungsregelung in einem ab 01.04.2005 geltenden Honorarverteilungsvertrag, die zwar feste Punktwerte, aber Individualbudgets vorsieht, entspricht weder den gesetzlichen Vorgaben über Regelleistungsvolumen ([§ 85 Abs. 4 S. 7](#) und 8 SGB V) noch den Anforderungen der vom Bewertungsausschuss in Teil III Nr. 2.2 seines Beschlusses vom 29.10.2004 geschaffenen Öffnungsklausel.

2. Mittelbar-faktische Folgewirkungen einer früher beachteten rechtswidrigen Honorarverteilungsregelung (hier: Arztzahlveränderungsregelung) verstoßen nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

I. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 17. Juni 2009 abgeändert und die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 25. April 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juli 2006 verpflichtet, über den Honorarananspruch der Klägerin für das Quartal IV/2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

II. Klägerin und Beklagte tragen die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen je zur Hälfte.

III. Die Revision wird zugelassen.

IV. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 3.591,83 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe des vertragsärztlichen Honorars im Quartal IV/2005.

Die Klägerin nimmt seit 01.04.2002 als Fachärztin für Hals-Nasen-Ohren-(HNO-) Heilkunde in Dresden an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) sah ab dem Quartal III/1996 fachgruppenbezogene Teilbudgets vor (§ 2 Abs. 3 HVM vom 23.11.1996). Ab dem Quartal I/2000 wurde die Gesamtvergütung getrennt für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich verteilt (§ 3 HVM vom 24.06.2000). Nach Auslaufen der Praxisbudgetierung durch den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) wurden ab dem Quartal III/2003 die Honoraranforderungen – mit Ausnahme einzelner Leistungen und Leistungserbringer (§ 7 Abs. 3 und 4 HVM vom 11.06.2003) – einer individuellen Begrenzung unterworfen. Dazu wurde jeder Praxis ein persönliches Punktmengenvolumen (PMV) zugewiesen (§ 7 Abs. 1 Unterabs. 1 HVM vom 11.06.2003), das auf der Grundlage der im Bemessungszeitraum (Quartale III/2001 bis II/2002) abgerechneten und anerkannten Punktmenge beruhte (§ 7 Abs. 1 Unterabs. 2 HVM vom 11.06.2003; siehe auch § 7 Abs. 1 Unterabs. 2 HVM vom 23.12.2004). Eine Sonderregelung erlaubte Jung- und Neuärzten bis zum Erreichen einer Niederlassungsdauer von 16 Quartalen eine Abrechnung bis zum durchschnittlichen PMV der Vergleichsgruppe und sah für sie im Anschluss daran sowie für Altärzte mit unterdurchschnittlichem PMV Zuwächse auf das durchschnittliche PMV der Vergleichsgruppe vor (§ 7 Abs. 5 HVM vom 11.06.2003, 26.11.2003 und 23.12.2004). Ab dem Quartal II/2005 wurden die PMV durch Regelleistungsvolumina (RLV) ersetzt (§ 7 HVM vom 14.04.2005). Grundlage für die Bestimmung der RLV bildeten grundsätzlich die zum 31.03.2005 gültigen PMV (§ 7 Abs. 2 Buchst. a HVM vom 14.04.2005). Auf diese – gegebenenfalls angepassten (§ 7 Abs. 2 Buchst. b bis d HVM vom 14.04.2005) – PMV waren die in Anlage 2 zum HVM vom 14.04.2005 ausgewiesenen

Anpassungsfaktoren, die auf Grundlage der Anlage 4 zum HVM vom 14.04.2005 unter Berücksichtigung eines rechnerischen Sicherheitsabschlags von 5 % ermittelt wurden, anzuwenden und ergaben das neue RLV (§ 7 Abs. 3 HVM vom 14.04.2005). Die innerhalb des RLV geltend gemachte Punktmenge wurde mit einem einheitlichen Regelleistungspunktwert von 4,0 ct im hausärztlichen und von 3,75 ct im fachärztlichen Versorgungsbereich vergütet; die das RLV überschreitende Punktmenge wurde mit dem jeweiligen Restpunktwert vergütet (§ 7 Abs. 4 HVM vom 14.04.2005), der bei den Hausärzten und den fachärztlichen Honorargruppen 0,1 ct nicht übersteigen durfte (§ 4 Abs. 2 Buchst. c Unterabs. 2, § 5 Abs. 8 Buchst. c Unterabs. 2 HVM vom 14.04.2005); verbleibende Mittel sollten in Form eines Differenzpunktwerts ausbezahlt werden (§ 4 Abs. 2 Buchst. b Unterabs. 2 und Buchst. c Unterabs. 3, § 5 Abs. 8 Buchst. b Unterabs. 2 und Buchst. c Unterabs. 3 HVM vom 14.04.2005). Mit dem HVM vom 19.05.2006 wurden die RLV mit Wirkung vom Quartal II/2005 an die für das Jahr 2005 nachträglich abgeschlossenen Gesamtvergütungsvereinbarungen angepasst, aufgrund derer ab dem Quartal II/2005 ambulante Operationen und belegärztliche Leistungen außerbudgetär vergütet wurden (§ 1 Abs. 8 HVM vom 19.05.2006 mit Anlage 2a zu diesem HVM).

Der Klägerin war zum 31.03.2005 ein PMV in Höhe des durchschnittlichen PMV der HNO-Ärzte von 1.080.410,7 Punkten (§ 7 Abs. 7 Buchst. e HVM vom 23.12.2004) zugewiesen. Hieraus ergab sich zunächst unter Zugrundelegung des Anpassungsfaktors für die HNO-Ärzte von 0,6924 (Anlage 2 zum HVM vom 14.04.2005) ab 01.04.2005 ein RLV von 748.076,4 Punkten, das später unter Zugrundelegung des neuen Anpassungsfaktors von 0,7395 (Anlage 2a zum HVM vom 19.05.2006) auf 798.963,7 Punkte neu berechnet wurde.

Mit Honorarbescheid vom 25.04.2006 setzte die Beklagte das Honorar der Klägerin für das Quartal IV/2005 bei einer Gesamtfallzahl von 1.136 und einer Gesamtpunktzahl (kurativ) von 1.081.255,0 Punkten auf 32.351,23 EUR fest. Bei einem RLV von 798.963,7 Punkten, einem RLV-relevanten Leistungsbedarf von 1.056.190,0 Punkten und einem Restpunktwert von 0,07 ct ergab sich eine RLV-Quote von 76,10 %.

Die Klägerin legte Widerspruch ein und machte geltend, dem Honorarfonds der HNO-Ärzte seien zu geringe Anteile der Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt worden. Das ihr zur Verfügung gestellte RLV sei unzureichend bemessen. Die Restleistungsvergütung von maximal 0,1 ct sei ungenügend.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 19.07.2006 zurück. Der HVM genüge der Öffnungsklausel im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 zur Festlegung von RLV (Deutsches Ärzteblatt [DÄ] 2004, A-3129), da die Auswirkungen der Steuerungsinstrumente PMV und RLV vergleichbar sei. Auch bei einem Restpunktwert von 0,07 ct liege eine abgestaffelte Vergütung vor. Was den Zuschuss des Honorarfonds der HNO-Ärzte betreffe, habe kein Anlass bestanden, die Auswirkungen der Arztzahlveränderungsregelung rückwirkend zu beseitigen.

Die Klägerin hat am 27.07.2006 beim Sozialgericht Dresden (SG) Klage erhoben. Ihre Fachgruppe sei durch die Anknüpfung an die Verteilungsergebnisse der Quartale III/2001 bis II/2002, in denen die rechtswidrige Arztzahlveränderungsregelung fortgewirkt habe, unangemessen benachteiligt. Zudem werde durch die doppelte Absenkung des für die Bemessung der RLV maßgeblichen Leistungsbedarfs aus dem Bemessungszeitraum (Quartale III/2001 bis II/2002) das Honorar vom Leistungsumfang abgekoppelt, was gegen den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung verstoße. Darüber hinaus seien die HVM-Regelungen über die RLV mit den Vorgaben von Gesetz und Bewertungsausschuss nicht vereinbar. Sie stellten nicht auf den arztgruppenspezifischen Durchschnitt ab, sondern seien als reine Individualbudgets ausgestaltet. Die Restleistungsvergütung von maximal 0,1 ct sei keine Abstufung. Auf die Öffnungsklausel im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 könne sich der HVM nicht stützen, da die Steuerungsinstrumente aufgrund der gravierenden Unterschiede nicht vergleichbar seien.

Die Beklagte hat erwidert, die Öffnungsklausel im Beschluss des Bewertungsausschusses verlange nur eine Vergleichbarkeit und keine Identität der Auswirkungen. Die HVM-Regelungen über die RLV seien arztgruppenspezifisch, weil bei der Bestimmung der RLV ein arztgruppenspezifischer Anpassungsfaktor angewandt worden sei. Die weitere Absenkung der Individualbudgets sei Folge der Festlegung des Punktwerts auf 3,75 ct durch das Landesschiedsamt. Dem Einwand, die Leistungsmenge könne ohne Honorareinbuße verringert werden, sei entgegenzuhalten, dass beim Übergang zu den RLV die nicht ausgelasteten PMV herunter gerechnet worden seien.

Die Beteiligten haben am 17.06.2009 hinsichtlich der von der Klägerin gerügten basiswirksamen Stützungen laut Vorstand zugunsten der Honorargruppen der Anästhesisten, Radiologen und Pathologen einen Teilvergleich geschlossen.

Mit Urteil vom 17.06.2009 hat das SG die Klage abgewiesen. Zwar wichen die HVM-Regelungen über die RLV von den Vorgaben des Bewertungsausschusses in dessen Beschluss vom 29.10.2004 ab. Doch seien diese Abweichungen durch die Öffnungsklausel in Teil III Nr. 2.2 dieses Beschlusses gedeckt. Denn die im HVM zum Quartal II/2005 eingeführten RLV stellten als Modifizierungen der bis zum Quartal I/2005 geltenden PMV die Fortführung eines vorhandenen Steuerungsinstruments dar. Dieses sei in seinen Auswirkungen auch vergleichbar, weil für die abrechenbare Punktmenge ein fester Punktwert festgelegt worden sei und die abrechenbare Punktmenge aufgrund ihrer Herleitung aus dem bis zum Quartal I/2005 geltenden PMV und dem Anpassungsfaktor nach Anlage 2 HVM vom 14.04.2005 einen arztgruppenspezifischen Faktor enthalte. Der Vergleichbarkeit stehe nicht entgegen, dass die das RLV überschreitende Punktmenge mit einem honorarfondsbezogenen Restleistungspunktwert vergütet werde, der 0,1 ct nicht übersteigen dürfe. Zur Höhe der Abstufung treffe das Gesetz keine konkrete Vorgabe. Die HVM-Regelungen seien auch nicht deshalb rechtswidrig, weil die RLV auf einem in der Vergangenheit erbrachten, aber deutlich reduzierten Leistungsumfang – um 10 % bei der Bildung der PMV und zusätzlich durch den Anpassungsfaktor beim Übergang zu den RLV – beruhten. Dies sei zulässig. Die RLV-Regelungen führten nicht zu einer Abkoppelung der Honorarabrechnung vom Umfang der vertragsärztlichen Leistungserbringung und damit zu einem Verstoß gegen den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung. Trotz der Absenkung sei die Vergütungshöhe immer noch im Wesentlichen vom Umfang der ärztlichen Tätigkeit bestimmt. Letztlich sei die nochmalige Herabbemessung beim Übergang vom PMV zum RLV Kehrseite des ab dem Quartal II/2005 für alle Facharztgruppen vereinbarten festen Punktwerts von 3,75 ct. Die Festsetzung des Punktwerts in dieser Höhe sei nicht rechtswidrig. Zwar drohte durch eine zu starke Anhebung des Punktwerts eine Abkopplung der Vergütung vom Leistungsumfang. Doch wirke sich die Punktwertsteigerung nur in den Fällen negativ aus, in denen Ärzte ihren Leistungsbedarf erheblich über das Abrechnungsvolumen des Bemessungszeitraums hinaus steigerten, ohne die Voraussetzungen für eine fallzahlabhängige Anpassung des RLV zu erfüllen. Zudem habe es nahe gelegen, als Orientierung den kalkulatorischen Punktwert von 5,11 ct im Auge zu behalten, der der Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen im EBM-Ä zugrunde gelegen habe. Im Ergebnis stelle der Punktwert von 3,75 ct einen Kompromiss dar, gegen den rechtlich nichts einzuwenden sei. Die Honorarfondsbestimmung für die HNO-Ärzte ab dem Quartal II/2005 sei ebenfalls als rechtmäßig.

Die Heranziehung der Quartale III/2001 bis II/2002 als Basisquartale sei – wie das Bundessozialgericht (BSG) bereits in seinem Urteil vom 29.08.2007 ([B 6 KA 2/07 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 34](#)) entschieden habe – nicht zu beanstanden. Das BSG gehe davon aus, dass die Verteilungsergebnisse von Quartalen, die nicht mehr unmittelbar durch eine rechtswidrige Verteilungsregelung beeinflusst seien, der Bemessung der Fachgruppenanteile zugrunde gelegt werden dürften. Diese Auffassung habe das BSG in späteren Entscheidungen (Urteil vom 28.05.2008 - [B 6 KA 9/07 R](#) - [BSGE 100, 254](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 42](#); Beschluss vom 11.03.2009 - [B 6 KA 47/08 B](#)) bekräftigt.

Hiergegen richtet sich die Klägerin mit ihrer am 12.08.2009 eingelegten Berufung. Zuletzt rügt sie zum einen die Folgewirkungen der rechtswidrigen Arztzahlveränderungsregelung. Entgegen der vom BSG im Beschluss vom 11.03.2009 ([B 6 KA 47/08 B](#)) vertretenen Auffassung sei die Beklagte verpflichtet konkret darzulegen, warum sie an einer Bemessungsgrundlage festgehalten habe, die auf den Verteilungsergebnissen des Jahres 2000 beruhe, von deren Rechtswidrigkeit sie nach dem Beschluss des BSG vom 22.06.2005 ([B 6 KA 92/04 B - juris](#)) positive Kenntnis gehabt habe. Zum anderen macht die Klägerin geltend, die HVM-Regelungen über die RLV seien rechtswidrig. Diese Regelungen verstießen gegen die Vorgaben von Gesetz und Bewertungsausschuss. Von einer Vergleichbarkeit mit der Honorarverteilung, wie sei aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen vorzunehmen sei, könne keine Rede sein. Im Bezirk der Beklagten seien reine Individualbudgets vorgesehen; arztgruppenspezifische Grenzwerte seien nicht einmal ansatzweise verwirklicht. Das BSG habe bereits entschieden, dass Individualbudgets nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprächen. Schon mangels arztgruppenspezifischer Grenzwerte sei die Honorarverteilung rechtswidrig. Darüber hinaus weiche nahezu jede Detailregelung im HVM von den Vorgaben des Bewertungsausschusses ab. Der Einwand der Beklagten, die Einführung arztgruppenspezifischer Grenzwerte hätte zu Umverteilungen zwischen den Arztgruppen geführt, sei nicht nachvollziehbar. Denn die Einführung solcher Grenzwerte müsste in erster Linie zu Umverteilungen innerhalb der Arztgruppe führen. Hilfsweise rügt die Klägerin die Art und Weise der Berechnung der RLV nach den Regelungen im HVM. Durch die doppelte Absenkung des für die Bemessung der RLV maßgeblichen Leistungsbedarfs aus dem Bemessungszeitraum (Quartale III/2001 bis II/2002) werde unter Verstoß gegen den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung das Honorar vom Leistungsumfang abgekoppelt. Auch wenn in der Rechtsprechung hinreichend geklärt sein sollte, dass eine Quotierung auf 90 % des Abrechnungsvolumens der Praxis zulässig sei, gehe es hier doch um eine Budgetierung auf etwa 60 % der ursprünglichen Leistungsmenge.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 17. Juni 2009 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung ihres Bescheides vom 25. April 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juli 2006 zu verpflichten, über den Honoraranspruch der Klägerin für das Quartal IV/2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Regelungen im HVM seien rechtmäßig. Sie könnten sich auf die Öffnungsklausel im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 stützen. Eine Honorarverteilung nach festen Punktwerten sei durch den HVM sichergestellt. Bei den Grenzwerten werde ein Arztgruppenbezug durch den Anpassungsfaktor für die Ermittlung der RLV, die Bildung von Unterfonds für RLV-überschreitende Leistungen und die RLV-Steigerung durch Fallzahlzuwachs hergestellt. Modellrechnungen zu den vom Bewertungsausschuss vorgesehenen Regelungen hätten zu dem Schluss geführt, dass diese nicht für eine sachgerechte Honorarverteilung geeignet gewesen wären. Das habe vor allem daran gelegen, dass gleichzeitig die Systematik des EBM-Ä umgestellt worden sei, was eine Umbewertung der nach dem alten EBM-Ä abgerechneten Leistungen in den Basisquartalen erforderlich gemacht habe. Folge wären sachlich nicht gerechtfertigte Umverteilungen zwischen den Fachgruppen gewesen.

Dem Senat haben die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Hierauf und auf die in den Gerichtsakten enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist teilweise begründet. Zu Unrecht hat das SG die Klage in vollem Umfang abgewiesen. Die Beklagte hat erneut über den Honoraranspruch der Klägerin für das Quartal IV/2005 zu entscheiden, weil die dem angefochtenen Honorarbescheid zugrunde liegenden Regelungen des HVM vom 14.04.2005 und 19.05.2006 über die Leistungssteuerung auf der Grundlage von RLV mit höherrangigem Recht unvereinbar sind (1.). Dagegen sind die Honorarverteilungsregelungen nicht auch aufgrund von Folgewirkungen der früheren Arztzahlveränderungsregelung rechtswidrig (2.).

1. Die für das streitige Quartal geltenden HVM-Regelungen über die RLV entsprechen weder den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 7](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und den dazu ergangenen Bestimmungen in Teil III Nr. 2.1 i.V.m. Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (a) noch sind sie von der Öffnungsklausel in Teil III Nr. 2.2 dieses Beschlusses gedeckt (b). Die Honorarverteilungsregelungen lassen sich auch nicht auf andere Weise rechtfertigen (c). Angesichts dessen ist auf ihr Hilfsvorbringen nicht einzugehen (d).

a) Nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003 ([BGBl. I S. 2190](#)) verteilt die KÄV die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte (Satz 1). Sie wendet dabei den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an (Satz 2). Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrunde zu legen (Satz 3). Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen (Satz 6). Insbesondere sind Regelleistungsvolumina festzulegen, d.h. arztgruppenspezifische Grenzwerte, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Satz 7). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird (Satz 8). Den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) zu treffenden Regelungen bestimmt der Bewertungsausschuss ([§ 85 Abs. 4a Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#)), wobei dessen Bestimmungen kraft Gesetzes ([§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#)) Bestandteil der Vereinbarungen nach [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) sind.

Der Pflicht nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#) ist der Bewertungsausschuss mit seinem Beschluss vom 29.10.2004 (DÄ 2004, A-3129) nachgekommen. Gemäß Teil III Nr. 2.1 i.V.m. Nr. 3 dieses Beschlusses waren für die Zeit vom 01.04.2005 bis zum 31.05.2005 im

Honorarverteilungsvertrag RLV in der Weise festzulegen, dass arztgruppeneinheitliche Fallpunktzahlen vorzusehen waren, aus denen durch Multiplikation mit individuellen Behandlungsfallzahlen praxisindividuelle Grenzwerte zu errechnen waren, in deren Rahmen die Vergütung nach einem festen Punktwert (sog. Regelleistungspunktwert) zu erfolgen hatte. Diese Bestimmungen entsprechen den gesetzlichen Vorgaben in [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#). Von den beiden Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) – arztgruppenspezifischen Grenzwerten und festen Punktwerten – kommt besonderes Gewicht den festen Punktwerten zu. Denn für das gesetzgeberische Ziel, den Ärzten Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihrer Praxisumsätze und -einkommen zu geben (vgl. [BT-Drucks. 15/1170, S. 79](#) und [15/1525, S. 101](#)), stellt das Erfordernis fester Punktwerte (anstelle sog. floatender Punktwerte) eine zentrale und strikte Vorgabe dar, bei der kein Spielraum denkbar ist. Nicht im selben Maße strikt ist dagegen die Vorgabe, arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen. Diese müssen nicht arztgruppeneinheitlich sein in dem Sinne, dass der gesamten Arztgruppe dieselben RLV zugewiesen werden müssten. Vielmehr kann dem Erfordernis arztgruppenspezifischer Grenzwerte auch eine Regelung genügen, die eine arztgruppeneinheitliche Festlegung nur bei den Fallpunktzahlen vorgibt, dann deren Multiplikation mit den individuellen Behandlungsfallzahlen vorsieht und so zu praxisindividuellen Grenzwerten führt (BSG, Urteil vom 17.03.2010 - [B 6 KA 43/08 R](#) - [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 54, jeweils Rn. 15).

Die Regelungen des HVM vom 14.04.2005 in der Fassung des HVM vom 19.05.2006 über die Leistungssteuerung auf der Grundlage von RLV entsprechen nicht dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (DÄ 2004, A-3129). Zwar sieht der HVM eine Vergütung der innerhalb des RLV geltend gemachten Punktmenge mit festen Punktwerten vor, nämlich mit einem Regelleistungspunktwert von 4,0 ct im hausärztlichen und von 3,75 ct im fachärztlichen Versorgungsbereich (§ 7 Abs. 4 Satz 1 HVM vom 14.04.2005). Insoweit ist Teil III Nr. 2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 Genüge getan. Doch weicht der HVM bei der Bestimmung des RLV vollständig von dem Beschluss des Bewertungsausschusses ab. Nach Teil III Nr. 3.1 dieses Beschlusses ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis bzw. eines medizinischen Versorgungszentrums aus der Multiplikation der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KÄV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl und der Fallzahl der Arztpraxis bzw. des medizinischen Versorgungszentrums im aktuellen Abrechnungsquartal. Eine derartige Berechnung des RLV sehen die HVM-Regelungen, die im Bezirk der Beklagten für das hier streitige Quartal galten, nicht vor. Vielmehr bilden danach Grundlage für die Bestimmung der RLV grundsätzlich die zum 31.03.2005 gültigen PMV (§ 7 Abs. 2 Buchst. a HVM vom 14.04.2005), die wiederum grundsätzlich auf der in einem Bemessungszeitraum abgerechneten und anerkannten Punktmenge der jeweiligen Praxis beruhen (§ 7 Abs. 1 Unterabs. 2 HVM vom 23.12.2004). Arztgruppenspezifische Elemente kennt der HVM nur mit den Anpassungsfaktoren der Arztgruppen und den durchschnittlichen RLV der Vergleichsgruppen (Anlage 2 zum HVM vom 14.04.2005, Anlage 2a zum HVM vom 19.05.2006). Diese ändern aber nichts daran, dass die im HVM vorgesehenen RLV grundsätzlich auf den praxisindividuellen Abrechnungsergebnissen in einem vergangenen Zeitraum aufbauen. Denn die durchschnittlichen RLV haben nur bei Jungärzten (zum 01.04.2005 noch keine 16 vollen Quartale niedergelassen) und bei unterdurchschnittlich abrechnenden Altärzten (zum 01.04.2005 bereits 16 volle Quartale niedergelassen) eine Bedeutung als Maßstab für die Bemessung und Ausweitung des RLV der Praxis (§ 7 Abs. 7 HVM vom 14.04.2005). Und die arztgruppenspezifischen Anpassungsfaktoren dienen der Gewährleistung des einheitlichen Regelleistungspunktwerts (Anlage 4 Buchst. e HVM vom 14.04.2005) und spiegeln daher in erster Linie die zuvor bestehenden Punktwertdifferenzen zwischen den einzelnen Honorargruppen wider (näher zur Berechnung des Regelleistungspunktwerts: Anlage 4 HVM vom 14.04.2005, wonach die Kalkulation auf der Basis der Quartale III/2003 bis II/2004 beruht [Buchst. a], eine Anpassung an die Abrechnungsmöglichkeiten des neuen EBM-Ä erfolgt ist [Buchst. b], die so errechneten rechnerischen Punktwerte der einzelnen fachärztlichen Honorargruppen [Buchst. c] den Durchschnitt nicht um mehr als 15 % unterschreiten dürfen [Buchst. d] und sich aus diesen rechnerischen Punktwerten zur Gewährleistung eines einheitlichen Regelleistungspunktwerts arztgruppenspezifische Anpassungsfaktoren ergeben [Buchst. e], bei deren Bildung ein rechnerischer Sicherheitsabschlag von 5 % berücksichtigt wird [Buchst. f und g]). Fallzahlabhängige praxisindividuelle RLV auf der Grundlage arztgruppenspezifischer Fallpunktzahlen entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 sehen die HVM-Regelungen nicht vor.

Die Abweichungen des HVM von dem Beschluss des Bewertungsausschusses lassen sich nicht damit rechtfertigen, dass das Gesetz dem Normgeber bei der Ausformung des HVM einen Gestaltungsspielraum einräumt (siehe nur BSG, Urteil vom 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) Rn. 9; Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 30, 50; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 10). Denn der Spielraum der Parteien der Honorarverteilungsverträge als Normgeber wird bereits durch die gesetzlichen Vorgaben in [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) erheblich eingeschränkt, wonach in der Honorarverteilung insbesondere arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind. Zudem steht die Konkretisierung dieser gesetzlichen Vorgaben in erster Linie dem Bewertungsausschuss zu, der den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) zu treffenden Regelungen bestimmt ([§ 85 Abs. 4a Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#)) und dessen Bestimmungen kraft Gesetzes Bestandteil der Honorarverteilungsvereinbarungen sind ([§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#)). Daher bedarf die Abweichung vom Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 einer besonderen Rechtfertigung. Hiervon geht auch die Beklagte aus, die diese Rechtfertigung in der Öffnungsklausel von Teil III Nr. 2.2 dieses Beschlusses erblickt.

b) Auf diese Öffnungsklausel können sich die Regelungen im HVM über die Leistungssteuerung auf der Grundlage von RLV indessen ebenfalls nicht stützen. In Teil III Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 ist bestimmt: Sofern in einer KÄV zum 31.03.2005 bereits Steuerungsinstrumente vorhanden sind, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar sind, können diese bis zum 31.12.2005 fortgeführt werden, wenn die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene das Einvernehmen hierzu herstellen.

Diese Öffnungsklausel ist von der Ermächtigung des [§ 85 Abs. 4a Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#) gedeckt. Dem Bewertungsausschuss ist auch bei der ihm übertragenen Aufgabe, den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) zu treffenden Regelungen zu bestimmen, ein Gestaltungsspielraum eingeräumt, dessen Maß sich nach Wesensart und Zielsetzung der Ermächtigung bestimmt. Sinn der Ermächtigung des [§ 85 Abs. 4a Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#) ist es, dass der Bewertungsausschuss 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 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 hinzunehmen, solange diese nicht von den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) wegführen (BSG, Urteil vom 17.03.2010 - [B 6 KA 43/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 54 Rn. 20 f.). Eine Fortführung von in ihren Auswirkungen vergleichbaren Honorarverteilungsregelungen, wie sie von der Öffnungsklausel in Teil III Nr. 2.2 des Beschlusses des

Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 gestattet wird, lässt demnach das Gesetz zu.

Dieser Öffnungsklausel entsprechen die für das streitige Quartal geltenden HVM-Regelungen über die Leistungssteuerung auf der Grundlage von RLV jedoch nicht. Zwar führen die ab dem Quartal II/2005 geltenden Honorarverteilungsregelungen ein bereits vorhandenes Steuerungsinstrument fort (1). Doch ist dieses Steuerungsinstrument in seinen Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) nicht vergleichbar (2).

(1) Ein Steuerungsinstrument wird nur dann im Sinne der Öffnungsklausel in Teil III Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 "fortgeführt", wenn es im Wesentlichen bereits im Quartal I/2005 im HVM vorgesehen war. Daran fehlt es, wenn zum Quartal II/2005 im Vergleich mit den vorher geltenden Honorarverteilungsregelungen sehr viele Änderungen vorgenommen werden (BSG, Urteil vom 03.02.2010 - [B 6 KA 31/08 R](#) - [BSGE 105, 236](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 53, jeweils Rn. 23; Urteil vom 18.08.2010 - [B 6 KA 27/09 R](#) - juris Rn. 22). Anders kann es sich verhalten, wenn nur einzelne Änderungen erfolgen, die nicht von den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) wegführen, sondern eine Annäherung an diese Vorgaben bewirken (vgl. BSG, Urteil vom 17.03.2010 - [B 6 KA 43/08 R](#) - [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 54, jeweils Rn. 22).

Bis zum Quartal I/2005 war die Honorarverteilung im Bezirk der beklagten KÄV von einer Leistungssteuerung auf der Grundlage individueller PMV geprägt, bei denen es sich um praxisindividuelle Punktmengen-Obergrenzen handelte, die im Grundsatz aus den Abrechnungsergebnissen der jeweiligen Praxis in vergangenen Zeiträumen berechnet wurden (§ 7 Abs. 1 Unterabs. 2 HVM vom 23.12.2004). Eine Sonderregelung sah für Altärzte mit unterdurchschnittlichem PMV, für Jung- und Neuärzte sowie für Praxisübernahmen Zuwächse auf das durchschnittliche PMV der Vergleichsgruppe vor (§ 7 Abs. 5 HVM vom 23.12.2004). Ab dem 01.01.2005 wurde die innerhalb des PMV geltend gemachte Punktmenge mit festen arztgruppenspezifischen Regelleistungspunktwerten vergütet (§ 7 Abs. 2 i.V.m. Anlage 2 HVM vom 23.12.2004).

Die ab dem Quartal II/2005 geltenden Honorarverteilungsregelungen führen die bisherige Leistungssteuerung hinsichtlich des festen Regelleistungspunktwerts fort, unterscheiden dabei aber nur noch nach haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich und nicht mehr zwischen den einzelnen Arztgruppen (§ 7 Abs. 4 HVM vom 14.04.2005). Auch hinsichtlich der praxisindividuellen Punktmengen-Obergrenzen knüpft der HVM an die vorherigen Honorarverteilungsregelungen an, indem Grundlage für die Bestimmung der RLV grundsätzlich die zum 31.03.2005 gültigen PMV bilden (§ 7 Abs. 2 Buchst. a HVM vom 14.04.2005). Von den vorherigen Honorarverteilungsregelungen weicht der HVM aber ab, indem er verlangt, dass auf diese – gegebenenfalls angepassten (§ 7 Abs. 2 Buchst. b bis d HVM vom 14.04.2005), d.h. insbesondere um nicht ausgeschöpfte Punktmengen bereinigten (§ 7 Abs. 2 Buchst. c HVM vom 14.04.2005) – PMV die in Anlage 2 zum HVM vom 14.04.2005 ausgewiesenen Anpassungsfaktoren anzuwenden sind und so die RLV als neue Punktmengen-Obergrenzen ergeben (§ 7 Abs. 3 HVM vom 14.04.2005). Damit entfernten sich die Verteilungsregelungen indessen nicht von den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#). Vielmehr nähern sie sich diesen, wenn auch nur geringfügig an. Zwar vermitteln die nach Arztgruppen differenzierenden Anpassungsfaktoren den RLV nicht den Charakter arztgruppenspezifischer Grenzwerte, weil – wie bereits ausgeführt wurde – die Anpassungsfaktoren in erster Linie dem Ausgleich der zuvor bestehenden Punktwertdifferenzen zwischen den Arztgruppen dienen. Doch stellt die Abschmelzungsregelung in § 7 Abs. 2 Buchst. c HVM vom 14.04.2005 ein gewisses arztgruppenspezifisches Element dar, weil sie Altarztpraxen mit unausgeschöpftem PMV auf den Vergleichsgruppendurchschnitt zurückführen kann.

Folglich wurde trotz der zum 01.04.2005 erfolgten Änderungen ein bisheriges Steuerungsinstrument im Sinne der Öffnungsklausel in Teil III Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 "fortgeführt".

(2) Das im Bezirk der Beklagten ab dem Quartal II/2005 fortgeführte Steuerungsinstrument ist jedoch nicht in seinen Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) vergleichbar.

Die Öffnungsklausel in Teil III Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 verlangt eine Vergleichbarkeit der "Auswirkungen" und nicht der "Ziele" (Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 08.09.2010 - [L 11 KA 60/07](#) - juris Rn. 86 ff.; s.a. BSG, Urteil vom 17.03.2010 - [B 6 KA 43/08 R](#) - [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 54, jeweils Rn. 18). Es genügt daher nicht, dass die HVM-Regelungen über die Leistungssteuerung auf der Grundlage von PMV und RLV den gleichen Zielen dienen, wie die gesetzliche Regelung über die RLV. Letzteres ist der Fall. Denn die sachliche Rechtfertigung für die Bildung von Individualbudgets, zu denen sowohl die PMV nach dem im Bezirk der Beklagten bis zum Quartal I/2005 geltenden HVM als auch die RLV nach dem ab dem Quartal II/2005 geltenden HVM zählen, ergibt sich aus dem Ziel, die Anreize zur Ausweitung der Leistungsmenge zu verringern, dadurch die Gesamthonorarsituation zu stabilisieren und damit die Kalkulierbarkeit der Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit zu verbessern sowie die Versorgungsqualität zu steigern (vgl. BSG, Urteil vom 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) - [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#), jeweils Rn. 10; Urteil vom 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [BSGE 83, 52](#), 56 f. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#)). Den gleichen Zielen dient die gesetzliche Regelung über die RLV, wie aus den Gesetzesmaterialien ([BT-Drucks. 15/1170, S. 79](#)) hervorgeht: "Dadurch soll erreicht werden, dass die von den Ärzten erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Grenzwert mit festen Punkten 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."

Eine solche Vergleichbarkeit der Ziele genügt nach der Öffnungsklausel in Teil III Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 indessen nicht. Vielmehr ist eine Vergleichbarkeit der Auswirkungen der Steuerungsinstrumente erforderlich, also der Honorarverteilungsergebnisse, die sie bewirken.

Hierzu hat das BSG bereits entschieden, dass eine Honorarverteilung auf der Grundlage praxisindividueller Punktzahl-Obergrenzen kein Steuerungsinstrument darstellt, dessen Auswirkungen mit den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) vergleichbar sind (BSG, Urteil vom 03.02.2010 - [B 6 KA 31/08 R](#) - [BSGE 105, 236](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 53, jeweils Rn. 23; Urteil vom 18.08.2010 - [B 6 KA 27/09 R](#) - juris Rn. 22). Entschieden hat das BSG dies zur Rechtslage in Hessen, wo zum Quartal II/2005 an die Stelle praxisindividueller Budgets RLV traten, die zwar im Ansatz den Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 entsprachen, bei denen aber durch Honorarkürzungen bei Fallwertsteigerungen Ergebnisse erreicht wurden, die Individualbudgets weitgehend vergleichbar waren. Ebenso wenig von der Öffnungsklausel gedeckt hat das BSG Honorarverteilungsregelungen in Baden-Württemberg angesehen, wo ab dem Quartal

II/2005 für den Bereich der früheren KÄV Nord-Württemberg praxisindividuelle Punktzahl-Obergrenzen beibehalten wurden, gleichzeitig aber zu einem floatenden Punktwert übergegangen wurde. Hier haben – so das BSG in seinem Urteil vom 17.03.2010 ([B 6 KA 43/08 R](#) - [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 54, jeweils Rn. 24) – die Honorarverteilungsregelungen vor dem Quartal II/2005 dem System, das in [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) angelegt ist, näher gelegen als danach und insofern ab dem Quartal II/2005 von der Zielrichtung der Realisierung von RLV weggeführt. Obwohl das BSG auch in diesem Urteil Punktzahlvolumina nach den individuellen Abrechnungsergebnissen vergangener Zeiträume für etwas kategorial anderes als RLV gehalten hat (vgl. a.a.O. Rn. 17), hat es immerhin nicht ausgeschlossen, dass derartige Individualbudgets je nach ihrer Ausgestaltung arztgruppenspezifischen Grenzwerten im Sinne des [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) näher liegen oder davon weiter entfernt sein können. Allerdings hat das BSG in diesem Urteil zugleich betont, dass der Bewertungsausschuss den Parteien der Honorarverteilungsverträge für eine Übergangszeit nur unter engen Voraussetzungen gestatten durfte, von der Einführung arztgruppenbezogener RLV abzusehen (BSG, Urteil vom 17.03.2010 - [B 6 KA 43/08 R](#) - [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 54 Leitsatz 1). Vor diesem Hintergrund ist die kategorische Absage des BSG an Individualbudgets, die auf den Punktzahlvolumina der jeweiligen Praxis in der Vergangenheit beruhen, verständlich. Denn Individualbudgets, deren Bestimmung für jede Arztpraxis nach deren individuellen Gegebenheiten erfolgen, sind ein grundlegend anderes Steuerungsinstrument als RLV, die das typische Leistungsgeschehen innerhalb einer Arztgruppe zum Maßstab nehmen und damit nicht einen praxisindividuellen, sondern einen gruppenindividuellen Ansatz verfolgen (vgl. Engelhard in: Hauck/Noftz, [§ 85 SGB V](#) Rn. 259a, Stand II/2010).

Allerdings schließt das Gesetz die Berücksichtigung praxisindividueller Umstände nicht völlig aus. Denn von den beiden Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) ist die Festlegung "arztgruppenspezifischer Grenzwerte" nicht im selben Maße strikt wie die Festlegung "fester Punktwerte". Die Grenzwerte müssen daher nicht arztgruppeneinheitlich in dem Sinne sein, dass der gesamten Arztgruppe dieselben RLV zugewiesen werden müssten. Vielmehr kann dem Erfordernis arztgruppenspezifischer Grenzwerte auch eine Regelung genügen, die – wie Teil III Nr. 2.1 i.V.m. Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 – 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](#) - [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 54, jeweils Rn. 15). Auch wenn die Regelung in [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) einer solchen Annäherung an Individualbudgets nicht entgegensteht, ändert dies doch nichts daran, dass im Sinne dieser gesetzlichen Regelung "arztgruppenspezifisch" nur Grenzwerte sind, die das typische Leistungsgeschehen innerhalb der Arztgruppe zum Maßstab machen. Von einem der gesetzlichen Regelung vergleichbaren Steuerungsinstrument kann daher nur dann die Rede sein, wenn sein Kern von arztgruppeneinheitlichen Festlegungen geprägt ist. Nur bei starker Annäherung an den gruppenindividuellen Wirkmechanismus, den [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) vorschreibt, ist denkbar, dass Individualbudgets von der Öffnungsklausel in Teil III Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 gedeckt sein können.

Dies ist bei den Regelungen des HVM vom 14.04.2005 in der Fassung des HVM vom 19.05.2006 über die Leistungssteuerung auf der Grundlage von RLV nicht der Fall. Diese Honorarverteilungsregelungen enthalten trotz des darin vorgesehenen festen Punktwerts nicht genügend Elemente arztgruppeneinheitlicher Festlegung, um darin ein in seinen Auswirkungen der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) vergleichbares Steuerungsinstrument erblicken zu können:

- Zunächst ändert die vom HVM gewählte Bezeichnung als RLV nichts daran, dass es sich dabei um Individualbudgets handelt, die grundsätzlich auf der in einem Bemessungszeitraum abgerechneten und anerkannten Punktmenge der jeweiligen Praxis beruhen (vgl. § 7 Abs. 2 und 3 HVM vom 14.04.2005).

- Der bei der Berechnung dieses Individualbudgets anzuwendende Anpassungsfaktor ist zwar arztgruppenspezifisch (vgl. Anlage 2 zum HVM vom 14.04.2005 und Anlagen 2 und 2a zum HVM vom 19.05.2006). Doch ist dies – wie bereits dargelegt wurde – der erforderlichen Anpassung der Punktwertunterschiede zwischen den Honorargruppen geschuldet und spiegelt damit die Bildung von Honorarfonds für die einzelnen Arztgruppen wieder, was für sich allein nicht ausreicht (BSG, Urteil vom 17.03.2010 - [B 6 KA 43/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 54 Rn. 17).

- Ebenso wenig genügt es, dass bei Arztgruppen, die – wie die HNO-Ärzte – den Praxisbudgets unterlagen, in dem für die Bestimmung der PMV geltenden Bemessungszeitraum (gemäß § 7 Abs. 1 Unterabs. 2 HVM vom 23.12.2004 grundsätzlich die Quartale III/2001 bis II/2002) arztgruppenspezifische Festlegungen galten, die den gesetzlichen Vorgaben in [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) vergleichbar waren (zur Funktionsweise der Praxisbudgets: BSG, Urteil vom 08.03.2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [BSGE 86, 16](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)). Denn der HVM ordnet nicht die weitere Anwendung der Regelungen über die Praxisbudgets an, sondern zieht nur die auf ihrer Grundlage in einem vergangenen Zeitraum abgerechneten und vergüteten Punktzahlen zur Bestimmung der PMV und damit der RLV heran.

- Gleiches gilt im Ergebnis auch für das durchschnittliche RLV der Vergleichsgruppe. Bei diesem Durchschnittswert handelt es sich zwar um ein arztgruppenspezifisches Element, das nach den Honorarverteilungsregelungen auch aktuelle Bedeutung für die Leistungssteuerung besitzt. Dieses ist aber nicht im Regelfall Grundlage für die Bestimmung des RLV der Praxis, sondern kommt nur ausnahmsweise zur Anwendung, indem Jungärzten bis zum Erreichen einer Niederlassungsdauer von 16 Quartalen eine Abrechnung bis zum diesem arztgruppeneinheitlichen Grenzwert gestattet wird und dieser Durchschnittswert Maß und Grenze für die Zuwachsmöglichkeiten von Altäzten mit unterdurchschnittlichem RLV ist (§ 7 Abs. 7 HVM vom 14.04.2005).

- Dieses arztgruppenspezifische Element rechtfertigt es auch nicht im Zusammenhang mit der Abschmelzung unausgelasteter PMV bei der Einführung der RLV von einem in seinen Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) vergleichbaren Steuerungsinstrument zu sprechen. Diese in § 7 Abs. 2 Buchst. c HVM vom 14.04.2005 geregelte Abschmelzung kann zwar Praxen mit überdurchschnittlichem PMV auf den Vergleichsgruppendurchschnitt zurückführen – aber nur, wenn sie in einem bestimmten vergangenen Zeitraum (Quartale III/2003 bis II/2004) ihr PMV nicht ausgeschöpft haben. Eine generelle Anbindung der Individualbudgets an den Vergleichsgruppendurchschnitt ist mit dieser Abschmelzungsregelung, die ohnehin nur einmalig anlässlich der Einführung der RLV zu Anwendung kam, nicht verbunden. Dagegen ist der inflationäre Effekt, den die Zuwachsmöglichkeiten auf das durchschnittliche PMV (§ 7 Abs. 5 HVM vom 11.06.2003 und 26.11.2003) und die Möglichkeit der Neufestsetzung des PMV (§ 7 Abs. 10 HVM vom 11.06.2003, 26.11.2003 und 23.12.2004) bei floatendem Punktwert hatten, mit der Einführung fester Regelleistungspunktwerte beseitigt worden.

Angesichts der letztlich nur schwach ausgeprägten Elemente arztgruppeneinheitlicher Festlegung kann von einem Steuerungsinstrument, das in seinen Auswirkungen mit den Vorgaben der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) vergleichbar ist, nicht die Rede

sein. Denn bei den praxisindividuellen Grenzwerten, die von dem im Bezirk der Beklagten geltenden HVM ab dem Quartal II/2005 fortgeführt wurden, handelt es sich im Kern weiterhin um nach den individuellen Gegebenheiten der jeweiligen Praxis bestimmte Budgets mit nur in Randbereichen wirksamen gruppenindividuellen Elementen. Um von einer Vergleichbarkeit der Auswirkungen mit der im Gesetz vorgesehenen Regelung sprechen zu können, hätte sich der Wirkmechanismus dieses Steuerungsinstruments viel stärker an arztgruppenspezifischen Gegebenheiten orientieren müssen – etwa durch eine generelle Rückbindung der praxisindividuellen Grenzwerte an den Arztgruppendurchschnitt beispielsweise in Gestalt von Abstaffelungen in Abhängigkeit von der Überschreitung des durchschnittlichen RLV der Vergleichsgruppe.

Zu keinem anderen Ergebnis führt Sinn und Zweck der Ermächtigung in [§ 85 Abs. 4a Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#). Dieser besteht darin, dem Bewertungsausschuss zu ermöglichen, den Weg zur Anpassung der Honorarverteilungsregelungen in den verschiedenen KÄV-Bezirken an die gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) vorzuzeichnen. Deswegen ist bei der Auslegung der Ermächtigung zu berücksichtigen, dass es unter dem Gesichtspunkt des Interesses der Ärzte an einer Kontinuität des Honorierungsumfangs und aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität problematisch wäre, eine sofortige volle Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben erreichen zu wollen. Stattdessen ist es sachgerecht, eine nur allmähliche Anpassung an diese Vorgaben genügen zu lassen und übergangsweise noch Abweichungen zu tolerieren (BSG, Urteil vom 17.03.2010 - [B 6 KA 43/08 R](#) - [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 54, jeweils Rn. 21). Die sich hieraus ergebenden Gestaltungsspielräume muss der Bewertungsausschuss allerdings auch wahrnehmen. Eine Konvergenzregelung, die eine nur schrittweise Anpassung der bisherigen Steuerungsinstrumente an die Vorgaben der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) verlangt hätte, hat der Bewertungsausschuss mit der Öffnungsklausel in Teil III Nr. 2.2 seines Beschlusses vom 29.10.2004 nicht geschaffen. Vielmehr hat er die Fortführung bisheriger Steuerungsinstrumente nur dann zugelassen, wenn diese von ihren Auswirkungen her der gesetzlichen Regelung vergleichbar sind. Dies geht über eine Konvergenzregelung hinaus – und erst recht über eine bloße Übergangsregelung, die die vorübergehende Fortführung aller bisherigen Steuerungsinstrumente erlaubt hätte.

c) Die Regelungen im HVM vom 14.04.2005 in der Fassung des HVM vom 19.05.2006 über die Leistungssteuerung auf der Grundlage von RLV lassen sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt von Anfangs- und Erprobungsregelungen rechtfertigen. Denn das kommt regelmäßig nicht in Betracht, wenn eine Regelung schon von ihrer Struktur her mit höherrangigen Vorgaben nicht übereinstimmt (BSG, Urteil vom 17.03.2010 - [B 6 KA 43/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 54 Rn. 29; Urteil vom 03.02.2010 - [B 6 KA 31/08 R](#) - [BSGE 105, 236](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 53, jeweils Rn. 31; Urteil vom 03.02.2010 - [B 6 KA 1/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 50 Rn. 23; Urteil vom 16.05.2001 - [B 6 KA 20/00 R](#) - [BSGE 88, 126](#), 137 f. = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#)). Ein Widerspruch zu höherrangigen Vorgaben liegt hier vor, weil Individualbudgets aufgrund des individuellen Abrechnungsverhaltens der Praxis in der Vergangenheit etwas grundsätzlich anderes als arztgruppenspezifische Grenzwerte im Sinne des [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) darstellen.

Schließlich lässt sich die Honorarverteilungsregelung auch nicht als Vorkehrung dafür rechtfertigen, dass die Umstellung der Vergütung auf das System arztgruppenspezifischer Grenzwerte nicht zu existenzbedrohenden Honorarminderungen für bestehende Praxen trotz unveränderten Leistungsangebots führt (zu diesem Gedanken: BSG, Urteil vom 18.08.2010 - [B 6 KA 27/09 R](#) - juris Rn. 46). Abgesehen davon, dass dies nur für eine Übergangszeit denkbar wäre, die abweichenden Regelungen im Bezirk der Beklagten aber in der gesamten Zeit anwendbar sein sollten, in der nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 dessen Regelung für die Bildung von RLV gelten sollte – nämlich den Quartale II/2005 bis IV/2005 –, lässt sich über diesen Gedanken keine Regelung rechtfertigen, die allen – und nicht nur den in ihrer Existenz bedrohten – Praxen Grenzwerte zuweist, die sich an dem von ihnen früher abgerechneten Leistungsbedarf orientieren.

d) Sind aus den vorgenannten Gründen die HVM-Regelungen über die Leistungssteuerung auf der Grundlage von RLV unwirksam, ist auf das diesbezügliche Hilfsvorbringen der Klägerin nicht einzugehen. Es kann daher offen bleiben, ob die im Rahmen dieser Regelungen vorgenommene (weitere) Absenkung des relevanten Leistungsbedarfs – insbesondere über den in den Anpassungsfaktor eingegangenen Sicherheitseinbehalt von 5 % (vgl. § 7 Abs. 3 HVM vom 14.04.2005) – mit höherrangigem Recht vereinbar ist. Gleiches gilt für die Höhe des Restpunktwerts für die Vergütung der das RLV überschreitenden Punktmenge (§ 7 Abs. 4 HVM vom 14.04.2005), der bei den fachärztlichen Honorargruppen 0,1 ct nicht übersteigen durfte (§ 5 Abs. 8 Buchst. c Unterabs. 2 HVM vom 14.04.2005).

2. Dagegen sind die HVM-Regelungen, die dem angefochtenen Honorarbescheid zugrunde liegen, nicht auch aufgrund von Folgewirkungen der Arztzahlveränderungsregelung rechtswidrig.

Der HVM im Bezirk der Beklagten sah ab dem Quartal III/1996 eine automatische Anpassung der in den fachgruppenspezifischen Honorartöpfen zur Verteilung gelangenden Honorarvolumina nach Maßgabe der Veränderungen der Arztzahlen vor (§ 2 Abs. 4 Satz 2 HVM vom 08.11.1997, § 5 Abs. 5 HVM vom 24.06.2000). Diese Arztzahlveränderungsregelung kam nach einer am 30.03.2001 beschlossenen Modifizierung des HVM ab dem Quartal IV/2000 nicht mehr zur Anwendung. Nunmehr erfolgte die Aufteilung der auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Gesamtvergütungen auf die einzelnen Honorartöpfe nach Maßgabe des Anteils der jeweiligen Honorargruppe im Quartal III/2000 (§ 5 Abs. 4 HVM vom 30.03.2001), also gemäß den Verhältnissen des letzten Quartals, in dem die Arztzahlveränderungsregelung umgesetzt wurde. Diese Verhältnisse waren bis zum Quartal II/2003 für die Honorarverteilung maßgeblich (§ 5 Abs. 4 HVM vom 24.11.2001 und 16.11.2002); anschließend erfolgte die Aufteilung des fachärztlichen Gesamtvergütungsanteils auf die einzelnen Facharztöpfe auf der Grundlage der durchschnittlichen Anteile der einzelnen Arztgruppen in den Quartalen III/2001 bis II/2002 (§ 5 Abs. 4 HVM vom 11.06.2003 und 26.11.2003 sowie § 5 Abs. 5 und 23.12.2004). Dies trifft auch für die Zeit nach Einführung der Leistungssteuerung durch RLV zu (§ 5 Abs. 5 HVM vom 14.04.2005), in der allerdings die Honorarfonds unmittelbar nur noch für die Restleistungsvergütung von Bedeutung waren (§ 7 Abs. 4 Satz 2 mit § 5 Abs. 8 HVM vom 14.04.2005). Dagegen wurden die innerhalb der RLV abgerechneten Punktmengen mit einem für den fachärztlichen Versorgungsbereich einheitlichen Regelleistungspunktwert vergütet (§ 7 Abs. 4 Satz 1 HVM vom 14.04.2005). Insoweit sind die bisherigen Punktwertunterschiede zwischen den Honorargruppen in die arztgruppenspezifischen Anpassungsfaktoren eingegangen, die für die Ermittlung der praxisindividuellen RLV galten (vgl. Anlage 4 Buchst. a bis d HVM vom 14.04.2005; s.a. Anlage 4 Buchst. a HVM vom 19.05.2006).

Arztzahlveränderungsregelungen, wie sie im Bezirk der Beklagten bis zum Quartal III/2000 zur Anwendung kamen, sind mit dem aus [Art 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht vereinbar und daher rechtswidrig, weil bei ihnen allein die Erhöhung der Arztzahl einer Fachgruppe automatisch und unabhängig davon, ob damit eine bedarfsbedingte Veränderung des Leistungsgeschehens in medizinischer Hinsicht einhergeht, eine Steigerung ihres Honorarvolumens

zulasten anderer nach sich zieht (vgl. BSG, Urteil vom 29.08.2007 - [B 6 KA 2/07 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 34](#) Rn. 21; Beschluss vom 22.06.2005 - [B 6 KA 68/04 B](#) - juris Rn. 9). Ebenso wenig mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar ist eine Honorarverteilungsregelung, die zur Bemessung der Honoraranteile einzelner Facharztgruppen unmittelbar an die Ergebnisse einer materiell rechtswidrigen Honoraraufteilung in einem vorangegangenen Zeitraum anknüpft, wie es im Bezirk der Beklagten in den Quartalen IV/2000 bis II/2003 der Fall war (BSG, Urteil vom 29.08.2007 - [B 6 KA 2/07 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 34](#) Rn. 23 ff.). Keine Fortführung eines rechtswidrigen Zustandes liegt dagegen vor, wenn die Verteilungsergebnisse von Quartalen, die nicht mehr unmittelbar durch die rechtswidrige Verteilung aufgrund der Arztzahlveränderungsregelung beeinflusst waren, der Bemessung der Fachgruppenanteile zugrunde gelegt werden (BSG, Urteil vom 28.05.2008 - [B 6 KA 9/07 R](#) - [BSGE 100, 254](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 42](#) Rn. 63; Urteil vom 29.08.2007 - [B 6 KA 2/07 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 34](#) Rn. 30), was hier ab dem Quartal III/2003 und damit auch in dem streitigen Quartal der Fall war. Derartige mittelbar-faktische Folgewirkungen einer rechtswidrigen Honorarverteilungsregelung sind nicht zu beanstanden.

Etwas anderes ergibt sich für derartige Folgewirkungen nicht daraus, dass der Normgeber des HVM bei der Festlegung einer neuen Basis für Gesamtvergütungsanteile der verschiedenen Arztgruppen stets auch weitere Faktoren überprüfen und berücksichtigen kann, wie z.B. die Morbiditätsentwicklung, das Leistungs- und Abrechnungsverhalten oder erfolgte Punktwertstützungsmaßnahmen (BSG, Urteil vom 29.08.2007 - [B 6 KA 2/07 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 34](#) Rn. 30). Die Überprüfung solcher Faktoren kann für den Normgeber Anlass sein, nicht unverändert an bestimmte Gesamtvergütungsanteile, die sich in der Vergangenheit ergeben haben, anzuknüpfen; die Überprüfung kann aber auch zu dem Ergebnis führen, dass die Faktoren kein ausreichendes Gewicht haben und deshalb unverändert an bestimmte frühere Gesamtvergütungsanteile anzuknüpfen ist. Da solche Überlegungen nicht offengelegt und nicht einmal dokumentiert werden müssen, kann eine Regelung, die bestimmte frühere Gesamtvergütungsanteile unverändert zugrunde legt, nicht schon aus diesem Grund beanstandet werden (so das BSG in dem von Klägerseite zitierten Beschluss vom 28.10.2009 - [B 6 KA 42/08 B](#) - Rn. 13).

Die hiergegen erhobenen Einwendungen der Klägerin greifen nicht durch. Eine Begründungspflicht besteht für den Normgeber grundsätzlich nicht (BSG, Urteil vom 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R](#) - [BSGE 96, 53](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 23](#), jeweils Rn. 29; Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 44). Zu einer Begründung ist der Normgeber nur ausnahmsweise verpflichtet, etwa dann, wenn Grundrechtsbeeinträchtigungen von großer Intensität zu besorgen sind oder wenn sachliche Gründe für eine Regelung nicht ohne weiteres erkennbar sind und diese daher als willkürlich erscheinen könnte (BSG, Urteil vom 15.05.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) - [BSGE 89, 259](#), 266 f. = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 34](#); Urteil vom 16.05.2001 - [B 6 KA 20/00 R](#) - [BSGE 88, 126](#), 137 = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#)). Ein solcher Ausnahmefall ist hier nicht erkennbar. Insbesondere ergibt er sich nicht daraus, dass dem Normgeber des hier in Rede stehenden HVM vom 14.04.2005 in der Fassung des HVM vom 19.05.2006 die Rechtswidrigkeit der Arztzahlveränderungsregelung nach dem Beschluss des BSG vom 22.06.2005 ([B 6 KA 68/04 B](#) - juris) hätte bekannt sein müssen.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit [§ 155 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 47 Abs. 1](#) und 2, [§ 52 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz und entspricht derjenigen im erstinstanzlichen Verfahren.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2011-05-30