

L 1 KA 30/09

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

1
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 11 KA 284/06

Datum
17.06.2009
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen

L 1 KA 30/09
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. Die Bewertung der nach dem Praxiskostenmodell Neurologie kalkulierten Gebührenordnungspositionen im Kapitel 16 des ab 01.04.2005 geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (dort Nrn. 16310 bis 16322) war jedenfalls bis zum Quartal IV/2005 mit höherrangigem Recht vereinbar

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 Honoraranspruch der Klägerin für das Quartal IV/2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen zu 9/10, die Klägerin zu 1/10.

III. Die Revision wird zugelassen. IV. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 5.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

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

Die Klägerin nimmt als Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie 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 von 1.245.200,9 Punkten zugewiesen. Hieraus ergab sich zunächst unter Zugrundelegung des Anpassungsfaktors für die Nervenärzte von 0,6871 (Anlage 2 zum HVM vom 14.04.2005) ab 01.04.2005 ein RLV von 855.577,5 Punkten. Dieses wurde unter Zugrundelegung des neuen Anpassungsfaktors von 0,7040 (Anlage 2a zum HVM vom 19.05.2006) auf 876.621,4 neu berechnet und später noch auf 963.279,0 Punkte erhöht.

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 1.208.800,0 Punkten auf 34.079,62 EUR fest. Bei einem RLV von 876.621,4 Punkten, einem RLV-relevanten Leistungsbedarf von 1.066.492,1 Punkten und einem Restpunktwert von 0,07 ct ergab sich eine RLV-Quote von 82,48 %. (Durch die weitere Neuberechnung des RLV auf 963.279,0 Punkte erhöhte sich diese Quote schließlich auf 90,48 %.)

Den hiergegen gerichteten Widerspruch der Klägerin wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 19.07.2006 zurück. Der HVM genüge der Öffnungsklausel im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004, da die Auswirkungen der Steuerungsinstrumente PMV und RLV vergleichbar seien. Die Ausstattung des Honorarfonds der Nervenärzte sei gemäß den Vorgaben des HVM erfolgt.

Die Klägerin hat am 27.07.2006 beim Sozialgericht Dresden (SG) Klage erhoben. Die Bewertungen des Kapitels 16 in dem ab 01.04.2005 geltenden EBM-Ä (EBM 2000plus) seien ab dem Quartal III/2005 rechtswidrig. Dem Bewertungsausschuss sei seit Mai 2005 bekannt gewesen, dass die Kostensätze für neurologische Praxen zu niedrig kalkuliert worden seien. Daher habe ab dem Quartal III/2005 eine Korrekturpflicht bestanden. 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. Schließlich sei der Anteil der Nervenärzte an der Gesamtvergütung zu gering, weil ihr durchschnittlicher Honorarumsatz deutlich unter dem Durchschnittsumsatz aller anderen Arztgruppen liege.

Die Beklagte hat erwidert, für sie seien die Vorgaben des EBM 2000plus verbindlich; zudem habe nur eine andere Berechnungsmethode einen anderen Kostensatz gegeben. 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. Auch die bei der Honorarfestsetzung angewandten Regelungen des EBM 2000plus seien rechtmäßig. Die den Leistungen nach den Nrn. 16310 bis 16322 EBM 2000plus zugrunde liegenden Kostensätze seien jedenfalls im hier streitigen Quartal nicht zu beanstanden. Selbst bei unterstellter Richtigkeit des von der MediTrust AG am 02.05.2005 erstellten Gutachtens wäre eine Korrekturverpflichtung nicht bereits zum Beginn des Quartals IV/2005 anzunehmen. Die Rechtsprechung räume dem Bewertungsausschuss mit Blick auf die komplexen Verfahrensabläufe einen Zeitraum von mindestens zwei Quartalen ein. Unabhängig davon, ob das Gutachten der MediTrust AG als Grundlage einer Neubewertung geeignet gewesen sei und ob der Bewertungsausschuss nicht dessen Ergebnis auch habe überprüfen müssen, ergebe sich jedenfalls bis Ende 2005 nicht eine Rechtswidrigkeit der Bewertungen des Kapitels 16 EBM 2000plus. Ein höherer Honoraranspruch lasse sich schließlich auch nicht damit begründen, dass der Honorarumsatz der Nervenärzte deutlich unter dem Durchschnitt der Fachärzte liege. Es gebe keine Anhaltspunkte dafür, dass dadurch das Gebot der angemessenen Vergütung verletzt werde.

Hiergegen richtet sich die Klägerin mit ihrer am 14.08.2009 eingelegten Berufung. 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 Bundessozialgericht (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. Außerdem macht die Klägerin geltend, die Leistungen nach den Nrn. 16310 bis 16322 hätten spätestens ab dem Quartal III/2005 besser bewertet werden müssen. Dem Bewertungsausschuss habe kein Reaktionszeitraum von mindestens zwei Quartalen ab Vorlage des Gutachtens der MediTrust AG zugestanden. Dieses Gutachten habe die Fehler des Datenmaterials, die vorher schon offenbar gewesen seien, nur noch einmal deutlich hervorgehoben. Ziehe der Bewertungsausschuss von vornherein ungeeignetes Datenmaterial heran, stehe ihm auch kein Beobachtungs- und Reaktionszeitraum zu.

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, die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie die der Beklagten und dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin aus anderen Verfahren bekannten Gutachten der MediTrust AG vom 30.10.2000 (EBM-Praxiskostenstudie 2000) und vom 02.05.2005 (Praxisbetriebsmodell Neurologie NEU - Neuberechnung des EBM-Kosteninput beim Praxisbetriebsmodell Neurologie), der TNS Healthcare GmbH/BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH vom Februar 2006 (Datenvalidierung des EBM 2000plus - Endbericht), der TNS Healthcare GmbH vom Oktober 2006 (Gutachten zur Beurteilung des Praxisbetriebsmodells Neurologie "Neu") sowie der Prime Networks AG vom Oktober 2007 (Bericht Praxisbetriebsmodell Neurologie: Struktur- und Kostenerhebung) 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 greifen die Einwände der Klägerin gegen die Bewertung der Leistungen nach den Nrn. 16310 bis 16322 EBM 2000plus nicht durch (2.). Ihr erstinstanzliches Vorbringen, der Anteil der Nervenärzte an der Gesamtvergütung sei zu gering ausgefallen, weil diese bei durchschnittlichem Kostensatz nur einen unterdurchschnittlichen Honorarumsatz erzielten, hat die Klägerin im Berufungsverfahren nicht aufrecht erhalten (3.).

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 das Hilfsvorbringen der Klägerin 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 (Deutsches Ärzteblatt [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 im 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" (Landesozialgericht 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 Nervenärzte – 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 Altärzten 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 Abstufungen in Abhängigkeit von der Überschreitung des durchschnittlichen RLV der Vergleichsgruppe.

Zu keinem anderen Ergebnis führt der Sinn und Zweck der Ermächtigung in [§ 85 Abs. 4a Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#). Dieser besteht darin, es 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 Begrenzung des Restpunktwerts für die Vergütung der das RLV überschreitenden Punktmenge (§ 7 Abs. 4 HVM vom 14.04.2005) bei den fachärztlichen Honorargruppen auf 0,1 ct (§ 5 Abs. 8 Buchst. c Unterabs. 2 HVM vom 14.04.2005) mit höherrangigem Recht vereinbar ist.

2. Dagegen greifen die Einwände der Klägerin die Rechtmäßigkeit der Bewertungsansätze für die Leistungen nach den Nrn. 16310 bis 16322 EBM 2000plus nicht durch. Denn im streitigen Quartal IV/2005 war jedenfalls noch nicht die Beobachtungs- und Reaktionsfrist abgelaufen, die dem Bewertungsausschuss zuzubilligen ist.

Dem Bewertungsausschuss als Normgeber steht bei der Erfüllung des ihm in [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) übertragenen Auftrags zur Schaffung eines einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die ärztlichen Leistungen ein Gestaltungsspielraum zu (siehe nur BSG, Urteil vom 11.10.2006 - [B 6 KA 46/05 R](#) - [BSGE 97, 170](#) = [SozR 4-2500 § 87 Nr. 13](#), jeweils Rn. 32; Urteil vom 23.02.2005 - [B 6 KA 55/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 9](#) Rn. 17; Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 86). Dieser Gestaltungsspielraum ist grundsätzlich von der Rechtsprechung zu respektieren. Die gerichtliche Kontrolle von Entscheidungen des Bewertungsausschusses ist deshalb im Wesentlichen auf die Prüfung beschränkt, ob sich die untergesetzliche Norm auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen kann und ob die Grenzen des Gestaltungsspielraums eingehalten sind (BSG, Urteil vom 29.08.2007 - [B 6 KA 36/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 39](#) Rn. 17; Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 86). Der Bewertungsausschuss überschreitet den ihm eröffneten Gestaltungsspielraum, wenn seine Entscheidungen von sachfremden Erwägungen getragen sind (BSG, Urteil vom 23.02.2005 - [B 6 KA 55/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 9](#) Rn. 17) oder wenn es keinerlei vernünftige Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem bzw. für die unterschiedliche Behandlung von im Wesentlichen gleich gelagerten Sachverhalten gibt (BSG, Urteil vom 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 1](#) Rn. 18). Eine strengere gerichtliche Kontrolle ist geboten, wenn das eigene Normprogramm des EBM-Ä auf tatsächliche Verhältnisse Bezug nimmt; allerdings beschränkt sich diese strengere Kontrolle darauf, ob der Bewertungsausschuss alle Arztgruppen nach denselben Maßstäben behandelt hat und ob seine Festsetzungen inhaltlich frei von Willkür sind (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 86; Urteil vom 15.05.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) - [BSGE 89, 259](#), 265 = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 34](#)).

Zudem steht Normgebern im Vertragsarztrecht bei der Neuregelung komplexer Materien wie der Bewertung ärztlicher Leistungen ein besonders weiter Spielraum in Form von Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielräumen zu (BSG, Urteil vom 16.05.2001 - [B 6 KA 20/00 R](#) - [BSGE 88, 126](#), 137 = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#)), weil sich häufig bei Erlass der maßgeblichen Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen lassen und deshalb auch gröbere Typisierungen und geringere Differenzierungen zunächst hingenommen werden müssen (BSG, Urteil vom 11.10.2006 - [B 6 KA 46/05 R](#) - [BSGE 97, 170](#) = [SozR 4-2500 § 87 Nr. 13](#), jeweils Rn. 42; Urteil vom 16.05.2001 - [B 6 KA 20/00 R](#) - [BSGE 88, 126](#), 137 = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#); Urteil vom 29.01.1997 - [6 RKA 18/96](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 16](#) S. 66; Urteil vom 29.01.1997 - [6 RKA 3/96](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 15](#) S. 60). Mit dieser relativ weiten Gestaltungsfreiheit bei

Anfangs- und Erprobungsregelungen korrespondiert eine Beobachtungs- und gegebenenfalls Nachbesserungspflicht des Normgebers, wenn sich im Vollzug von ursprünglich gerechtfertigten Regelungen herausstellt, dass die die Norm legitimierenden Gründe weggefallen oder die Auswirkungen für einzelne Normadressaten unzumutbar geworden sind (BSG, Urteil vom 11.10.2006 - [B 6 KA 46/05 R - BSGE 97, 170 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 13](#), jeweils Rn. 42; Urteil vom 16.05.2001 - [B 6 KA 20/00 R - BSGE 88, 126, 138 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#); Urteil vom 29.01.1997 - [6 RKA 18/96 - SozR 3-2500 § 87 Nr. 16](#) S. 66; Urteil vom 29.01.1997 - [6 RKA 3/96 - SozR 3-2500 § 87 Nr. 15](#) S. 60 f.). Eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht des Normgebers besteht allerdings nicht nur bei Anfangs- und Erprobungsregelungen. Vielmehr sind die normsetzenden vertragsärztlichen Institutionen verpflichtet, die von ihnen getroffenen Bestimmungen laufend zu beobachten. Zeigen sich erhebliche und dauerhafte Veränderungen, die die Berechtigung des bisherigen Regulationssystems in Frage stellen, so sind die Bestimmungen nachzubessern (BSG, Urteil vom 15.05.2002 - [B 6 KA 33/01 R - BSGE 89, 259, 269 f. = SozR 3-2500 § 87 Nr. 34](#)). Eine Nachbesserung kann regelmäßig nur für die Zukunft gefordert werden (BSG, Urteil vom 11.10.2006 - [B 6 KA 46/05 R - BSGE 97, 170 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 13](#), jeweils Rn. 42; Urteil vom 07.02.1996 - [6 RKA 6/95 - SozR 3-5533 Nr. 763 Nr. 1 S. 5](#)). Eine Dauerhaftigkeit der eine Reaktionspflicht auslösenden Veränderungen kann im Regelfall frühestens nach Ablauf von zwei Quartalen angenommen werden (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) Rn. 25).

Ausgehend von diesen Maßstäben hat das SG zu Recht entschieden, dass der Bewertungsausschuss für das hier streitige Quartal IV/2005 noch nicht zu einer Neubewertung der Leistungen nach den Nrn. 16310 bis 16322 EBM 2000plus verpflichtet war. Grundlage der Bewertung dieser Leistungen war das Praxisbetriebsmodell Neurologie in der EBM-Praxiskostenstudie 2000 der MediTrust AG vom 30.10.2000. Auf die Kritik des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte (BVDN) an den in diesem Praxisbetriebsmodell berücksichtigten Kosten gab die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) bei der MediTrust AG eine Auswertung und Aufbereitung der Daten in Auftrag, die der BVDN 1994 hatte erheben lassen. Die MediTrust AG stellte in ihrem Gutachten vom 02.05.2005 (Praxisbetriebsmodell Neurologie NEU - Neuberechnung des EBM-Kosteninput beim Praxisbetriebsmodell Neurologie) eine nicht unbeträchtliche Abweichung von etwa 45 % gegenüber den bisherigen Annahmen fest, wies aber zugleich auch auf die geringe Repräsentativität der vom BVDN zur Verfügung gestellten Daten (lediglich 19 rein neurologisch sowie 6 gemischt neurologisch und nervenärztlich tätige Praxen) hin. Die Arbeitsgemeinschaft TNS Healthcare GmbH und BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH vom Februar 2006 stellte in ihrem Endbericht zur Datenvalidierung des EBM 2000plus bei den Neurologen eine Irrtumswahrscheinlichkeit der Stichprobengröße, die dem EBM 2000plus zugrunde lag, von 35 % und damit jenseits von tolerierbaren 5 % fest. Das darüber hinaus bei der TNS Healthcare GmbH in Auftrag gegebene Gutachten zur Beurteilung des Praxisbetriebsmodells Neurologie "Neu" vom Oktober 2006 kam zu dem Ergebnis, dass weder die Datengrundlagen der EBM-Praxiskostenstudie 2000 noch die vom BVDN zur Verfügung gestellten Daten den Anforderungen an eine repräsentative Abbildung der Kostensituation der Neurologen genügten. Daraufhin veranlasste die KÄBV eine Datenerhebung, deren Ergebnisse die Prime Networks AG in einem Bericht "Praxisbetriebsmodell Neurologie (PBM NEUR): Struktur- und Kostenerhebung" im Oktober 2007 vorstellte. Diese Erhebung führte schließlich dazu, dass der Bewertungsausschuss die Leistungen nach den Nrn. 16310 bis 16322 EBM 2000plus zum 01.01.2008 höher bewertete. Zu einer rückwirkenden Neubewertung bereits zum Beginn des hier streitigen Quartals IV/2005 war der Bewertungsausschuss nicht verpflichtet. Vielmehr stand ihm - wie das SG zutreffend entschieden hat - ausgehend von dem Gutachten der MediTrust AG vom 02.05.2005 ein Reaktionszeitraum von mindestens zwei Quartalen zu. Dieser Zeitraum war im hier streitigen Quartal noch nicht abgelaufen.

Entgegen der Auffassung der Klägerin ergibt sich eine Korrekturverpflichtung schon zum Quartal III/2005 nicht aus der geringeren Validität der vom Bewertungsausschuss für die ursprüngliche Bewertung der Leistungen nach Nrn. 16310 bis 16322 EBM 2000plus herangezogenen Datenbasis. Diese war trotz ihrer geringeren Validität nicht völlig unbrauchbar. In die EBM-Praxiskostenstudie 2000 der MediTrust AG vom 30.10.2000 waren die zunächst für die Neurologen einzig verfügbaren Daten des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland und der Schweizer Rollenden Kostenstudie eingegangen. Die Irrtumswahrscheinlichkeit dieser Datenbasis entsprach zwar - wie die Arbeitsgemeinschaft TNS Healthcare GmbH und BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH in ihrem Endbericht zur Datenvalidierung des EBM 2000plus vom Februar 2006 festgestellt hat - bei den Neurologen nicht dem statistischen Standard von 5 %. Doch ist dem Bewertungsausschuss die Verwertung von Daten geringerer Validität nicht verwehrt. Es kann hierbei nichts anderes gelten als für die Festlegung der bundesdurchschnittlichen Praxiskostensätze für die Berechnung der Praxisbudgets des EBM-Ä. Zur Festlegung dieser Kostensätze hat das BSG entschieden (Urteil vom 15.05.2002 - [B 6 KA 33/01 R - BSGE 89, 259, 263 f. = SozR 3-2500 § 87 Nr. 34](#)): "Der Annahme einer Tatsachenfeststellung steht bereits entgegen, dass die exakte Ermittlung der Kosten bei den verschiedenen Arztgruppen faktisch nicht möglich ist. Bei den Kostensätzen handelt es sich um Näherungswerte, die auf Grund einer Bewertung der zur Verfügung stehenden, zum Teil erheblich voneinander abweichenden statistischen und betriebswirtschaftlichen Daten festgelegt worden sind. Nicht nur die Beurteilung der Validität der vorhandenen statistischen Unterlagen erfordert eine Bewertung. Die Entscheidung, was überhaupt den Praxiskosten zuzurechnen ist, erfolgt notwendigerweise ebenfalls im Wege einer Bewertung, so etwa bei der Frage, welche Kosten in welchem Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit oder der privatärztlichen Tätigkeit oder der privaten Lebensführung zuzuordnen sind." Ausgehend hiervon ist es nicht zu beanstanden, dass der Bewertungsausschuss der Bewertung der Leistungen nach den Nrn. 16310 bis 16322 EBM 2000plus die ihm damals allein verfügbaren Daten zugrunde gelegt hat. Die mit der geringeren Validität der Datenbasis verbundenen Bewertungsunsicherheiten sind hinnehmbar, zumal den betroffenen Gebührenordnungspositionen in der Praxis kein erhebliches Gewicht zukommt. Spezifisch neurologisch ausgerichtete Praxen sind unter den Nervenärzten in der Minderzahl; ausweislich des Berichts "Praxisbetriebsmodell Neurologie (PBM NEUR): Struktur- und Kostenerhebung" der Prime Networks AG vom 26.10.2007 (dort S. 9) konnten von 1.555 Erhebungsteilnehmern nur 113 den neurologischen Praxen mit jeweils mindestens 55 % Leistungen dieses Schwerpunkts zugeordnet werden. Zu den schwerpunktmäßig neurologisch tätigen Ärzten zählt die Klägerin nicht. Sie ist nicht ausschließlich als Neurologin zugelassen, sondern nimmt als Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Von der im streitigen Quartal abgerechneten Gesamtpunktzahl (kurativ) von 1.208.800,0 Punkten entfallen 45.325,0 Punkte auf die Leistungen nach den Nrn. 16310 bis 16322 EBM 2000plus, also lediglich 3,7 %. Vor diesem Hintergrund kann nicht die Rede davon sein, dass der Bewertungsausschuss bereits für das hier streitige Quartal IV/2005 zu einer Korrektur der Leistungsbewertung verpflichtet gewesen wäre.

3. Das erstinstanzliche Vorbringen, der Honorargruppe der Nervenärzte sei ein zu geringer Anteil der Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt worden, weil die Nervenärzte im Vergleich mit anderen Honorargruppen bei durchschnittlichem Kostensatz nur einen deutlich unterdurchschnittlichen Honorarumsatz erzielten, hat die Klägerin im Berufungsverfahren nicht aufrecht erhalten. Mit diesem Vorbringen lässt sich, wie hat das SG zu Recht entschieden, ein höherer Honoraranspruch nicht begründen. Denn Ärzte können sich auf das Gebot der angemessenen Vergütung nur berufen, wenn durch eine zu niedrige Honorierung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilgebieten und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem beteiligten ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wird (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 =](#)

[SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 117 ff.), oder dann, wenn in einem fachlichen oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 126 ff.; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 21 f.). Hierfür sind Anhaltspunkte nicht ersichtlich.

4. 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](#) und 2 Gerichtskostengesetz und entspricht derjenigen im erstinstanzlichen Verfahren.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2011-05-30