

L 1 KA 22/09

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen
S 27 KA 84/06

Datum
26.01.2012

2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen

L 1 KA 22/09
Datum

26.01.2012

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 24. September 2008 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die ihre Kosten selbst tragen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist das Begehren der Klägerin nach höherem Honorar in den Quartalen III/2004 bis I/2005 und in diesem Rahmen jeweils ihr Anspruch auf Neubescheidung. Die Neuberechnung des Honorars begehrt sie unter anderem unter Berufung darauf, dass die Honorarverteilungsregelungen, auf deren Grundlage die Honorarbescheide ergangen seien, unwirksam gewesen seien, weil sie kein Regelleistungsvolumen (RLV) vorgesehen hätten.

Die Klägerin ist eine Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis), bestehend aus Dr. J.S. (Arzt für Neurologie und Psychiatrie), Dr. M.S. (Ärztin für Psychiatrie) und Dr. C.T. (Arzt für Neurologie und Psychiatrie), die in dieser Besetzung seit 1994 im Bezirk der Beklagten an der vertragsärztlichen Versorgung unter der Praxisanschrift F. Straße teilnimmt.

Ausweislich des Honorarbescheides vom 23. Februar 2005 für das Quartal III/2004 honorierte die Beklagte die Leistungen der Klägerin mit 1.290.670,5 abzurechnenden Punkten und einem durchschnittlichen arztindividuellen Punktwert von 4,43 Euro-Cent. Das Honorar betrug 60.562,56 EUR und der Umsatz 58.052,97 EUR. Der Fallwert betrug 36,60 EUR, die Fallzahl 1.586 und der Leistungsbedarf in Punkten 1.309.332,6. Das praxisbezogene Regelversorgungsvolumen (pRVV) betrug 1.232.222,6 Punkte; das arztgruppendurchschnittliche Regelversorgungsvolumen (aRVV) betrug 531.106,9 Punkte je Arzt, insgesamt also 1.593.320,7 Punkte.

Mit ihrem hiergegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin unter anderem geltend, die Honorarverteilung sei ungerecht. Bei unveränderter Fallzahl und unverändertem Leistungsniveau sei es in den letzten fünf Jahren zu einem Umsatzeinbruch gekommen. Unter den gegebenen Bedingungen sei auch eine unverändert gut frequentierte Nervenarztpraxis nicht überlebensfähig. So könne dem Sicherstellungsauftrag nicht entsprochen werden. Gerügt werde insbesondere, dass die Punktwertstützungen und Nachvergütungen maßgeblich aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil gezahlt würden und dass insoweit alle Arztgruppen gleichmäßig herangezogen würden, denn dies führe zu einer überproportionalen Belastung ihrer ohnehin einkommensschwachen Arztgruppe.

Ausweislich des Honorarbescheides vom 24. Mai 2005 für das Quartal IV/2004 honorierte die Beklagte die Leistungen der Klägerin mit 1.498.417,4 abzurechnenden Punkten und einem durchschnittlichen arztindividuellen Punktwert von 4,38 Euro-Cent. Das Honorar betrug 68.298,03 EUR und der Umsatz 66.578,33 EUR. Der Fallwert betrug 42,71 EUR, die Fallzahl 1.559 und der Leistungsbedarf in Punkten 1.520.126,5. Das praxisbezogene Regelversorgungsvolumen betrug 1.441.220,6 Punkte; das arztgruppendurchschnittliche Regelversorgungsvolumen betrug 558.690,4 Punkte je Arzt, insgesamt also 1.676.071,2 Punkte.

Mit ihrem hiergegen eingelegten Widerspruch wiederholte die Klägerin ihr Vorbringen aus dem vorangegangenen Widerspruch. Außerdem machte sie einen um 160 EUR zu hohen Einbehalt wegen Praxisgebühreneinnahmen geltend. Die Beklagte bestätigte unter dem 6. Oktober 2005, dass 14 Fälle zu Unrecht mit einer Praxisgebühr belastet worden seien und schrieb einen Betrag in Höhe von 140 EUR gut.

Ausweislich des Honorarbescheides vom 22. August 2005 für das Quartal I/2005 honorierte die Beklagte die Leistungen der Klägerin mit 1.392.731,1 abzurechnenden Punkten und einem durchschnittlichen arztindividuellen Punktwert von 4,78 Euro-Cent. Das Honorar betrug 69.316,45 EUR und der Umsatz 67.590,80 EUR. Der Fallwert betrug 42,72 EUR, die Fallzahl 1.582 und der Leistungsbedarf in Punkten

1.414.500,0. Das praxisbezogene Regelversorgungsvolumen betrug 1.375.454,4 Punkte; das arztgruppendurchschnittliche Regelversorgungsvolumen betrug 410.235,1 Punkte je Arzt, insgesamt also 1.230.705,3 Punkte.

Mit ihrem hiergegen eingelegten Widerspruch wiederholte die Klägerin ihr Vorbringen aus den vorangegangenen Widersprüchen.

Durch Widerspruchsbescheid vom 1. Februar 2006 wies die Beklagte die drei Widersprüche zurück. Die Honorarabrechnungen seien nach den gültigen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) durchgeführt worden, die jeweils ordnungsgemäß zustande gekommen und verbindlich seien. Von diesen Bestimmungen könne nicht abgewichen werden.

Hiergegen hat die Klägerin fristgerecht Klage erhoben und unter anderem vorgetragen, dass die Hamburger Honorarverteilung die typisch nervenärztlichen und nicht durch Psychotherapie gestützten Praxen in nicht zu rechtfertigender Weise benachteilige. Hauptsächlich werde die Arztgruppenkontingentbildung gerügt. Dieser lägen vom Bewertungsausschuss zu niedrig bemessene Praxiskosten zugrunde. Kontingentierung und Individualbudgetierung führten dazu, dass die Nervenärzte, Neurologen und Psychiater, die in der Basisversorgung ihres Fachgebietes tätig seien (Versorgerpraxen), in den streitbefangenen Quartalen nur so niedrige und weiter sinkende Honorare hätten erzielen können. Insoweit werde Ungleiches gleich behandelt und müssten die großen Versorgerpraxen mit ihren erheblichen Honorarrückgängen auch noch das Wachstum kleiner Praxen stützen, die keine entsprechende Basisversorgung leisteten. Weiter werde gerügt, dass seit dem Quartal III/2004 auch die Ärzte, die nicht mindestens zu 90 % ihrer Leistungen aus dem Bereich der Psychotherapie erbrächten, den gestützten Punktwert für Leistungen der genehmigten Psychotherapie erhalten würden. Dies führe insbesondere bei so kleinen und inhomogenen Arztgruppen wie der der Klägerin (sog. 38er Ärzte nach den beiden ersten Ziffern der Arztnummer) zu Verzerrungen, müssten die Folgen pauschaler Gruppenbildungen genauer von der Beklagten beobachtet und müsste ggf. die Gruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater selbst gestützt werden. Jedenfalls aber sei eine Honorarverteilung, die einzelnen Arztgruppen derart wenig Honorar wie der der Klägerin belasse, deswegen zu rügen, weil sie diese Ärzte im gleichen Ausmaß zur Stützung anderer heranziehe. Hinzu komme, dass die Nervenärzte, Neurologen und Psychiater und hier insbesondere Versorgerpraxen wie die der Klägerin kaum auf andere, anders honorierte Leistungsbereiche ausweichen könnten und in ihrer Versorgungsrealität faktisch mit ihrem gesamten Leistungsbereich dem Honorarkontingent unterlägen. Damit würden ihre Leistungen nicht mehr leistungsproportional honoriert. Abschließend werde gerügt, dass Stützungsregelungen fehlten, die solche Fehlentwicklungen wie hier für die die Grundversorgung übernehmenden Praxen auffangen könnten.

Die Beklagte hat zunächst darauf hingewiesen, es komme für die Überprüfung der Honorarverteilung nicht auf die Ertragsituation einer vertragsärztlichen Praxis an. Denn in welcher Höhe Honoraransprüche erworben werden könnten, hänge von einer Vielzahl von Faktoren ab, bei denen es sich nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts um Faktoren handle, welche der Verantwortungssphäre des einzelnen Vertragsarztes zuzuordnen seien. Prüfungsmaßstab müsse daher die generelle Situation der Fachgruppe sein. Anhaltspunkte dafür, dass sich in der Honorarverteilung eine Schieflage zulasten der "Fachgruppe 38" (Nervenärzte, Neurologen, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) ergeben haben könnte, bestünden jedoch nicht. Vielmehr zeige sich zum einen, dass das Honorarkontingent dieser Fachgruppe kontinuierlich mit dem angeforderten Leistungsbedarf übereinstimme und sich mit diesem nahezu decke, und zum anderen, dass die Honorarentwicklung der Vertragsärzte im Kontingent der Klägerin sich nicht signifikant von der in den anderen fachärztlichen Kontingenten unterscheide. Sich summierende Effekte, die das vertragsärztliche und insbesondere das fachärztliche Honorar insgesamt schmälerten (Stützung der Leistungen der Psychotherapie, Stützung sog. kleiner und junger Praxen), ließen eine Gegensteuerung in der Honorarverteilung zugunsten von Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern nicht zu. Insgesamt habe sich die Beklagte mit ihren Honorarverteilungsregelungen im Einklang mit höherrangigem Recht und den Vorgaben der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts befunden. Zur Frage der Stützung psychotherapeutischer Leistungen sei zum einen auf die zwingende gesetzliche Vorgabe und zum anderen darauf hinzuweisen, dass insoweit in Nachverhandlungen mit den Krankenkassen Nachzahlungen erreicht und mittlerweile auch ausgekehrt worden seien. Auch die Klägerin habe entsprechende Nachzahlungen erhalten. Zur Anknüpfung an die Kostenkalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sei darauf hinzuweisen, dass die Honorarverteilung hieran anzuknüpfen habe, eine Änderung der Kalkulation auch bisher nicht vorgenommen worden sei und eine solche ohnehin nur für die Zukunft würde wirken können. Die Problematik inhomogener Fachgruppen bestehe in fast jedem Bereich, und dass es für die Fachgruppe 38 als Ganzes oder auch für einzelne ihrer Fachgruppen zu Honorarverwerfungen gekommen sei, darüber lägen der Beklagten keine Erkenntnisse vor. Im Übrigen sei die Klägerin selbst eine sog. kleine Praxis im Sinne der Honorarverteilungsregelungen der Beklagten gewesen, welche einen Anspruch auf Wachstum im Honorarkontingent durch Übernahme entsprechender Versorgung gehabt habe. Die Klägerin habe diese Möglichkeiten jedoch nicht ausgeschöpft, so dass im Rahmen einer leistungsproportionalen Vergütung auch kein Mehr an Honorar habe erzielt werden können.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 24. September 2008 abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide seien rechtmäßig. Dass die Honorarabrechnungen zum Nachteil der Klägerin nicht dem Gesetz, den Vorschriften des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes oder den bis 31. März 2005 gültig gewesenen Honorarverteilungsmaßstab-Regelungen entsprochen hätten, sei nicht zu erkennen. Ernsthafte Zweifel an der Richtigkeit der Berechnungen hätten sich für das Gericht nicht ergeben. Eine Unvereinbarkeit konkreter, den drei Honorarabrechnungen zugrundeliegender Regelungen mit höherrangigem Recht lasse sich ebenso wenig wie ein zulasten der Klägerin erfolgter Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit feststellen.

Gegen das am 16. Januar 2009 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 11. Februar 2009 Berufung eingelegt. Mit dieser hat sie unter anderem vorgetragen, das angefochtene Urteil verkenne den eingeschränkten Gestaltungsspielraum der Beklagten. Die Art und Weise der Bildung der Individualbudgets in den streitbefangenen Quartalen widerspreche den gesetzlichen Vorgaben. Denn durch das Gesetz sei der Honorarverteilung zwingend vorgegeben, Regelleistungsvolumina vorzusehen (Festlegung arztgruppenspezifischer Grenzwerte, feste Punktwerte, abgestaffelte Punktwerte für darüber hinausgehende Leistungsmengen). Könne aber hiervon schon nicht der Bewertungsausschuss abweichen, gelte dies umso mehr für die Beklagte. Die gerügte Regelung, die die Klägerin auf ihre alten Honoraranteile festgeschrieben habe, sei daher mit dem Gesetz nicht vereinbar. Da die Klägerin regelmäßig sowohl in den abrechenbaren Punktzahlvolumina als auch in den Fallwerten unter den sich für die Fachgruppe ergebenden gelegen habe, sei sie durch diese abweichend vom Gesetz konzipierte Honorarverteilungsregelung, die zu Honorarrückgängen bei im Wesentlichen gleich bleibenden Geschehen in der Praxis geführt habe, auch beschwert; dies zeige sich auch daran, dass nach Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen es bei der Klägerin und ihrer Arztgruppe zu Honorarsteigerungen gekommen sei. Diese Entwicklung bestätige auch den hilfsweise erhobenen Vorwurf, dass die

Beklagte in Bezug auf die Arztgruppe der Klägerin ihrer Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht bezüglich der Kontingentierung und Budgetierung nicht nachgekommen sei. Denn die gerügten Regelungen hinsichtlich der Kontingentbildung wie der Budgetbildung seien auch honorarverteilungsgerecht umgesetzt worden. Die Honorarverteilung habe sowohl durch unangemessene Kontingentierung als auch durch unangemessene Bildung der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina dazu geführt, dass ohne sachliche Rechtfertigung die nervenärztlichen, neurologischen und psychiatrischen Praxen erhebliche Honorarverluste erlitten hätten. Gestützt werde diese Rüge darauf, dass das Leistungsspektrum der klägerischen Arztgruppe anders als das anderer Arztgruppen nahezu umfassend den Individualbudgets unterfalle. Weiter werde gerügt, dass die gemeinsamen Kontingentbildungen bei einer so heterogenen, aber kleinen Arztgruppe wie der der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte dazu führe, dass sehr unterschiedliche Ärzte miteinander verglichen würden, ohne dass sich diese Unterschiede über die Anzahl der Ärzte nivellieren würden. Die undifferenzierte Durchschnittsbildung führe zu nicht signifikanten Ergebnissen. Deshalb sei eine nach den Versorgungsleistungen differenzierte Betrachtung zur Herstellung einer Honorarverteilungsgerechtigkeit in diesem heterogenen Kontingent nötig gewesen.

Die Klägerin beantragt zum einen,

einen instruierten Vertreter der Beklagten zu vernehmen zu der Frage, wie genau das Honorarkontingent und das pRVV der Klägerin im streitbefangenen Zeitraum gebildet wurden, hilfsweise der Beklagten aufzugeben, dies detailliert und lückenlos darzulegen.

Sie beantragt zum anderen,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 24. September 2008 und die Bescheide der Beklagten vom 23. Februar 2005, 24. Mai 2005 - dieser in der Fassung des Änderungsbescheides vom 6. Oktober 2005 - und vom 22. August 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. Februar 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über die Honorare für die Quartale III/2004 bis I/2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat entgegnet, der Bewertungsausschuss habe im Rahmen der ihm eingeräumten Regelungskompetenz die übergangsweise Anwendung der bis zum 31. Dezember 2004 gültigen Honorarverteilungsregelungen bis zum 31. März 2005 empfohlen. Hintergrund hierfür sei gewesen, dass die dem Bewertungsausschuss durch das Gesetz übertragenen Aufgaben aufgrund der schwierigen Datenlage nicht zeitgerecht adäquat zu lösen gewesen seien. Von dieser Möglichkeit habe die Beklagte im Einvernehmen mit den Krankenkassen Gebrauch gemacht und ihre Honorarverteilung über den 1. Juli 2004 hinaus fortgeführt. Insbesondere angesichts des Sicherstellungsauftrages der Beklagten sei es sachgerecht gewesen, die alte Honorarverteilung zunächst weiterzuführen. So lange könne es kein individuelles "Best-of"-Verfahren geben, je nachdem, für welche Praxis das eine oder das andere Vergütungssystem günstiger sei. Ohnehin sei eine valide ex-post-Betrachtung, ob die Klägerin unter den Regelleistungsvolumina überhaupt ein günstigeres Honorar hätte erlangen können, nicht möglich, weil für den Bereich der Beklagten die Regelleistungsvolumina mit den erforderlichen ergänzenden Bestimmungen eben nicht mit den Krankenkassen verhandelt worden seien. Die Höhe der nervenärztlichen Regelleistungsvolumina-Fallwerte seit 2009 erlaube auch keine Rückschlüsse für die streitbefangenen Quartale, weil zu diesem Zeitpunkt eine grundlegende Neustrukturierung der vertragsärztlichen Vergütung vorgenommen worden sei. Soweit die Klägerin mit der durch die Beklagte mit ihren Vertragspartnern vereinbarten Budgetierungsquoten der verschiedenen Fachgruppen unzufrieden sei, sei festzuhalten, dass ein unterschiedlich hoher Honoraranteil an Leistungen im praxisbezogenen Regelversorgungsvolumen und außerhalb des praxisbezogenen Regelversorgungsvolumens rechtlich nicht zu beanstanden sei. Soweit die Klägerin die Inhomogenität der Kontingentbildung rüge, führe diese nicht zu ungerechtfertigten Verwerfungen. Die Beklagte lege bereits bei der Ermittlung des Fachgruppenschmitts für kleine bzw. junge Praxen gesonderte nervenärztlich-neurologische, rein neurologische und rein psychiatrische arztgruppenschmittliche Regelversorgungsvolumina zugrunde, um der unterschiedlichen Arbeitsweise der im Kontingent zusammengefassten Fachgruppen gerecht zu werden und ein sachlich gerechtfertigtes Anwachsen auf den Fachgruppenschmitt für den einzelnen Vertragsarzt bzw. die einzelne Praxis zu gewährleisten. Im Übrigen sei die Anknüpfung der Honorarkontingente an Ausgangs quartale sachgerecht und entspreche der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, wonach Leistungsmengenentwicklungen grundsätzlich in den Kontingenten aufgefangen werden sollten. Soweit die Klägerin die sinkenden Fallwerte beklage, sei auf die vielfältigen Gründe hinzuweisen, aus denen insbesondere Fachärzte auch im streitigen Zeitraum deutliche Umsatzverluste hätten hinnehmen müssen. Diese hätten auch die klägerische Praxis unvermeidlich berührt. Zu widersprechen sei dem Vortrag der Klägerin, die aus ihrer Sicht unzutreffende Kostenkalkulation im Einheitlichen Bewertungsmaßstab habe die Beklagte verpflichtet, korrigierend einzugreifen. Vielmehr sei der Einheitliche Bewertungsmaßstab für die Beklagte die verbindliche Grundlage für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen, bis er - in bestimmten Punkten - aufgehoben werde. Dies sei aber nicht geschehen. Soweit die Klägerin rüge, dass ein großer Honoraranteil an die Ärzte gehe, die nicht die Basisversorgung leisteten, sei darauf hinzuweisen, dass es keine privilegierte Basisversorgung gebe. Jede erbrachte Leistung sei Teil der Sicherstellung und berechtige zu einer Teilhabe an der Honorarverteilung. Die Klägerin sei bereits durch die Wachstumsmöglichkeit als kleine Praxis potentiell begünstigt; auch dieses Wachstum könne nur durch das Abgeben von Honorar durch andere Praxen geschultert werden. Nicht nachvollziehbar sei der Vortrag, der unter dem Durchschnitt der Fachgruppe liegende Fallwert ermögliche nicht eine Sicherstellung der Versorgung. Denn es gebe keinen Anspruch auf einen fallzahlunabhängigen durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe. Dass die Klägerin Schwierigkeiten habe, den Fachgruppenschmitt in der Fallzahl zu erreichen, berühre letztlich Faktoren, die in der unternehmerischen Entscheidung der Klägerin lägen.

Die nach [§ 75 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) im Berufungsverfahren beigeladenen Partner der Beklagten bei der Vereinbarung von Honorarverteilungsregelungen haben keinen Antrag gestellt.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Prozessakte, der Akte der Beklagten und der Akten des Sozial- und Landessozialgerichts Hamburg zu den Aktenzeichen [S 27 KA 176/06](#) = [L 1 KA 23/09](#) sowie [S 27 KA 268/06](#) = [L 1 KA 24/09](#), jeweils mit Akte der Beklagten, und [S 27 KA 138/05](#) ER = [L 2 B 350/05 ER KA](#) Bezug genommen. Diese Unterlagen haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung des Senats gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) erhoben.

Sie ist jedoch unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Honorarabrechnungsbescheide der Beklagten in der Gestalt des Widerspruchsbescheides sind rechtmäßig. Die Klägerin kann eine andere als die ihr durch die streitbefangenen Honorarbescheide bewilligte Vergütung in den streitbefangenen Quartalen III/2004 bis I/2005 nicht beanspruchen.

Die hier angefochtenen Bescheide der Beklagten entsprechen dem für die streitbefangenen Quartale jeweils anzuwendenden Honorarverteilungsmaßstab und setzen diesen um. Die Übereinstimmung insbesondere der Berechnungen der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina in den Honorarabrechnungen mit den Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes wird von der Klägerin nicht in Zweifel gezogen, die keine konkreten Einwände gegen die Berechnung in den angefochtenen Bescheiden formuliert hat und der es um die Rechtmäßigkeit des jeweiligen Honorarverteilungsmaßstabes geht. Auch der Senat sieht keinen Anlass zu Zweifeln an dem Vorliegen der von der Beklagten zugrunde gelegten Tatsachen hinsichtlich Fallzahlen und Punktzahlen oder an der Berechnung der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina. Anhaltspunkte für eine rechnerische Unrichtigkeit drängen sich nicht auf.

Die Beklagte durfte die Honorarabrechnungen auch auf die gültig gewesenen Honorarverteilungsregelungen stützen, denn diese standen – soweit vorliegend ihre Überprüfung veranlasst ist – mit höherrangigem Recht in Einklang.

[§ 85](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003 ([BGBl. I S. 2190](#)) regelte in Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 2, dass für die Vergütung der im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen noch der am 31. Dezember 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab angewandt wird. Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 1 und Satz 2 Halbsatz 1 SGB V](#) jedoch hatte die Kassenärztliche Vereinigung bei der Verteilung der Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab anzuwenden. Mit dieser zu vereinbarenden Honorarverteilung löste der Gesetzgeber die vorherige satzungsrechtliche Grundlage für Honorarverteilungsmaßstäbe ab.

Für diesen neu zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab sah das Gesetz in der in den drei streitbefangenen Quartalen geltenden Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes nähere Vorgaben vor. Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) hat der Verteilungsmaßstab Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen. Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) sind insbesondere arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). Nach Satz 8 ist für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird.

Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#) waren die vom Bewertungsausschuss nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1](#) getroffenen Regelungen Bestandteil der Vereinbarungen nach [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#). Der Bewertungsausschuss ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) hatte nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#), erstmalig bis 29. Februar 2004, unter anderem den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 6, 7 und 8 SGB V](#) zu treffenden Regelungen zu bestimmen.

Entsprechend beschloss der Bewertungsausschuss auf seiner 85. Sitzung vom 10. Dezember 2003 (DÄ 2004, A-65) zunächst, dass die Steuerung der insgesamt abzurechnenden ärztlichen Leistungen mit Inkrafttreten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes einerseits durch eine Leistungssteuerung in diesem in Form der Strukturierung der abrechnungsfähigen Leistungen einer Arztgruppe, der Beschreibung des Zugangs zu den abrechnungsfähigen Leistungen und insbesondere durch Komplexierung erfolge. Andererseits sei für die Verteilung der Gesamtvergütungen eine darüber hinausgehende Mengensteuerung notwendig. Insoweit kündigten die Mitglieder des Bewertungsausschusses unter Hinweis auf ihren gesetzlichen Auftrag an, dass sie im Januar 2004 den neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes mit Wirkung zum 1. Juli 2004 und die Inhalte der Regelungen zu Regelleistungsvolumen, die zeitgleich mit dem neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum 1. Juli 2004 in Kraft treten sollten, auf der Grundlage von [§ 85 Abs. 4](#) in Verbindung mit [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) beschließen würden.

Diese in Aussicht genommenen Regelungen kamen durch den Bewertungsausschuss zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht zustande. Die Mitglieder des Bewertungsausschusses stimmten in dessen Beschluss in seiner 88. Sitzung (Teil B) nach wie vor darin überein, dass ein Inkrafttreten des neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nur in Verbindung mit einer zeitgleich in Kraft tretenden Mengensteuerung möglich sei. Es werde nun einerseits der Einheitliche Bewertungsmaßstab fertiggestellt und andererseits würden die Auswirkungen einer möglichen Mengensteuerung in Verbindung mit dem neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab auf die notwendige medizinische Versorgung der Versicherten geprüft. Der Bewertungsausschuss könne daher ein Inkrafttreten sowohl des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, der die gesetzlichen Bedingungen erfülle, als auch einer darauf aufbauenden geeigneten Mengensteuerung erst zum 1. Oktober 2004 beschließen. Die Mitglieder des Bewertungsausschusses hielten diese Überschreitung der gesetzlichen Fristen angesichts der Entscheidungsreife im Interesse höherer Rechtssicherheit und einer sachgerechten Festlegung der Inhalte von Regelleistungsvolumen und deren Umsetzung in den vertraglich vereinbarten Honorarverteilungsmaßstäben im komplexen Zusammenspiel von neuem Einheitlichen Bewertungsmaßstab und Regelleistungsvolumen für geboten und vertretbar. Sie empfahlen deshalb den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene, für den Zeitraum vom 1. Juli 2004 bis 30. September 2004 den derzeit gültigen Honorarverteilungsmaßstab als auf ein Quartal befristete Übergangslösung fortzuführen.

Dem sind die Vereinbarungspartner in Hamburg im streitbefangenen Quartal III/2004 gefolgt. Der am 30. Juni 2004 gültige Honorarverteilungsmaßstab vom 14. Dezember 1995 in der Fassung vom 25. September 2003 fand gemäß der Übergangsregelung in [§ 2](#) des vereinbarten Honorarverteilungsmaßstabes vom 30. April 2004 mit dort näher geregelten, vorliegend aber nicht relevanten Ausnahmen für die Verteilung der von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütungen Anwendung. Mit dieser Übergangsregelung nahmen die Vereinbarungspartner auf die Empfehlung in dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 88. Sitzung Bezug, den bisher gültigen Honorarverteilungsmaßstab fortzuführen.

Der Honorarverteilungsmaßstab vom 14. Dezember 1995 in der Fassung vom 25. September 2003 (HVM) sah in [§ 9 Abs. 1](#) unter anderem

vor, dass aus den Gesamtvergütungen der Hamburger Krankenkassen vorab die in § 10 HVM genannten Beträge zu verteilen sind. Ferner waren die Beträge, die für die Hausärztliche Grundvergütung, für die Leistungen, für die eine besondere Vergütung mit den Krankenkassen bzw. deren Verbänden vereinbart wurde, die Beträge zur Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen der kurativen Koloskopie sowie für entsprechende Erstattungen nach den vereinbarten Sätzen benötigt werden, zurückzustellen. Der danach verbleibende Anteil der Gesamtvergütungen wurde in Anwendung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Kriterien zur Teilung der Gesamtvergütungen gemäß § 85 Abs. 4a SGB V vom 16. Februar 2000 in einen hausärztlichen Anteil (§ 12 HVM) und einen fachärztlichen Anteil (§ 13 HVM) getrennt (Anlage D zum HVM). §§ 11 und 15 HVM sahen für die psychotherapeutischen Gesamtvergütungsanteile fachärztliche Rückstellungen vor.

Für die fachärztlichen Gesamtvergütungsanteile sah § 13 HVM nach Durchführung der Vorabberücksichtigungen des Abs. 1 in Abs. 2 die Unterteilung der verbleibenden fachärztlichen Gesamtvergütung in arzt- und Kassengruppenspezifische Honorarkontingente vor. Diese Kontingente entsprachen – mit einer Abweichung nur für den Anteil der Radiologen und Nuklearmediziner – dem jeweiligen Anteil der Arztgruppe an der fachärztlichen Gesamtvergütung für die aus dem Kontingent zu finanzierenden Leistungen in den Ausgangsquartern III/2002 bis II/2003. Die Zuordnung einer Praxis zu einem gruppenspezifischen Honorarkontingent richtete sich nach der Gebietsbezeichnung des Arztes; nach Anlage I zum HVM waren gruppenspezifische Honorarkontingente des fachärztlichen Anteils an der Gesamtvergütung unter anderem für Nervenärzte/Neurologen und Psychiater zu bilden. Die sich nach § 13 Abs. 2 HVM ergebenden Beträge wurden nach Abs. 3 grundsätzlich – mit die Arztgruppe der Klägerin nicht betreffenden Besonderheiten – auf die im jeweiligen Honorarkontingent nach Durchführung der Mengengrenzung durch die praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina nach Anlage B zum HVM abzurechnenden Punktzahlen verteilt. Die sich daraus ergebenden Punktwerte in Euro-Cent wurden je Arztgruppe und Kassengruppe als Auszahlungspunktwerte auf zwei Stellen hinter dem Komma abgerundet. Die nach der Abrechnung mit diesen Punktwerten verbleibenden Beträge wurden je Kassengruppe einem fachärztlichen Honorarausgleichsfonds zugeführt. Zur Ermittlung des durchschnittlichen fachärztlichen Quartalspunktwertes wurde die nach Durchführung des § 13 Abs. 1 verbleibende fachärztliche Gesamtvergütung auf die Summe der vor Durchführung der Mengengrenzung nach Anlage B zum HVM festgestellten Punktzahlen verteilt (Anlage H zum HVM).

Nach § 8 Abs. 3 Satz 1 HVM konnte zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes (§ 85 Abs. 4 SGB V) die Abrechnung des Arztes insgesamt, für einzelne Leistungen oder für bestimmte Leistungsgruppen begrenzt werden. Nach Satz 2 dieser Vorschrift waren die Begrenzungsregelungen Bestandteil des HVM. Diese Begrenzungsregelungen enthielt die Anlage B zum HVM ("Vergütung nach praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina"). Sie lauteten – soweit hier von Interesse – wie folgt:

"Allgemeines Die Abrechnung der im EBM enthaltenen ärztlichen Leistungen wird je Kassengruppe und Quartal durch praxisbezogene Regelversorgungsvolumina (pRVV) begrenzt. Grundlage der pRVV ist der anerkannte Leistungsbedarf in Punkten des jeweiligen Vergleichsquartals aus dem Zeitraum 3. Quartal 2002 bis 2. Quartal 2003. Nachträgliche rechtskräftige Änderungen des anerkannten Leistungsbedarfes in den Vergleichsquartern führen von Amts wegen zu einer Anpassung der pRVV.

1. Anpassung des Leistungsbedarfs an die Gesamtvergütungen Der nach § 12 Abs. 3 bzw. § 13 Abs. 2 in die gruppenspezifischen Honorarkontingente unterteilte Teil der für den Abrechnungszeitraum je Kassengruppe erwarteten Gesamtvergütung wird durch 4,65 Euro-Cent geteilt und ergibt so das arzt- und Kassengruppenspezifische Gesamtpunktzahlvolumen. Diesem Gesamtpunktzahlvolumen wird der aus dem Gruppenkontingent zu finanzierende anerkannte Leistungsbedarf des Vergleichsquarterns gegenübergestellt. Die Relation dieser Werte zueinander ergibt die für alle Praxen der Arztgruppe anzuwendende Veränderungsrate.

2. Berechnung des praxisbezogenen Regelbedarfsvolumens Der anerkannte Leistungsbedarf je Gruppenkontingent und Kassengruppe der Quartale 3/02 bis 2/03 wird für jede Praxis berechnet, und mit der nach Ziff. 1 errechneten Veränderungsrate korreliert. Das daraus errechnete Punktzahlvolumen ist das pRVV. Daneben wird die entsprechende Fallzahl der Vergleichsquarterle festgestellt. Unterschreitet die Fallzahl im Abrechnungsquarter die Fallzahl des entsprechenden Vergleichsquarterns um mehr als 20 %, wird das pRVV um jeden vollen Prozentpunkt zusätzlicher Unterschreitung um 1,25 % gekürzt. Über das pRVV hinausgehender Leistungsbedarf wird nicht gesondert vergütet.

3. Veränderungen der Hamburger Mitgliederzahlen in den Kassengruppen

4. Sonderregelungen im Einzelfall

a) Neuzulassungen nach dem 30.06.1999 Zur Ermittlung der Abrechnungsbegrenzung für die nach dem 30.06.1999 zugelassenen Vertragsärzte wird ein Kassengruppenübergreifendes arztgruppendurchschnittliches Regelversorgungsvolumen (aRVV) gebildet.

b) Gemeinschaftspraxen

c) Kleine Praxen Praxen, deren Summe der pRVV kleiner als das aRVV ist, erhalten quartalsweise fallbezogene Zusatzvolumina. Das fallbezogene Zusatzvolumen errechnet sich aus der Multiplikation des pRVV-relevanten Fallwertes mit der Fallzahldifferenz zwischen dem Abrechnungsquarter und dem entsprechenden Quartal des Vorjahres. Das Zusatzvolumen wird auf 10 % der Summe der pRVV begrenzt und höchstens bis zum Umfang des aRVV gewährt.

d) Übernahme von Versorgung

e) Job-Sharing

f) Härtefallregelung Der Vorstand kann auf Antrag in besonderen Ausnahmefällen das pRVV abweichend von den vorstehenden Bestimmungen der Anlage B HVM festlegen, - wenn die vorgegebene Berechnung insbesondere wegen nach § 32 Ärzte-ZV angezeigten Abwesenheiten von der Praxis von mehr als 4 Wochen in einem Quartal des Vergleichszeitraumes zu einer unbilligen Härte führen würde, - um die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 SGB V bezeichneten Umfang sicherzustellen. In diesem Fall soll die Auswirkung der nach Anpassung verbleibenden Leistungsmengengrenzung der Auswirkung in der Arztgruppe entsprechen. Für die Entscheidung sind die Auswirkungen auf die von den übrigen Ärzten der Honorarkontingentgruppe geleisteten Sicherstellung mit zu berücksichtigen."

Auch für das hieran anschließende Quartal IV/2004 kam eine Regelung durch den Bewertungsausschuss zur Festlegung von Regelleistungsvolumen nicht zustande. Zwar beschloss er in seiner 89. Sitzung vom 13. Mai 2004 die Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (Teil A), doch sollte dieser erst zum 1. Januar 2005 in Kraft treten. Zugleich beschloss er zeitgleich mit dem Inkrafttreten und im Zusammenwirken mit der Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes die Festlegung von Regelleistungsvolumen (Teil B), die zum 1. Januar 2005 in Kraft treten sollte. Durch weiteren Beschluss in seiner 89. Sitzung vom 13. Mai 2004 (Teil C) empfahl der Bewertungsausschuss den Partnern der Honorarverteilungsverträge deshalb, die bis zum 30. September 2004 gültigen Honorarverteilungsverträge über den 30. September 2004 hinaus bis zum 31. Dezember 2004 anzuwenden.

Dem sind die Vereinbarungspartner in Hamburg für das streitbefangene Quartal IV/2004 gefolgt. Der am 30. September 2004 gültige Honorarverteilungsmaßstab vom 14. Dezember 1995 in der Fassung vom 30. April 2004 kam gemäß der Übergangsregelung in § 2 des vereinbarten Honorarverteilungsmaßstabes vom 27. Juli 2004 zur Anwendung. Mit dieser Übergangsregelung nahmen die Vereinbarungspartner auf die Empfehlung in dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 89. Sitzung Bezug, auch für den Zeitraum vom 1. Oktober 2004 bis 31. Dezember 2004 den bisher gültigen Honorarverteilungsmaßstab fortzuführen. Es galten mithin im Quartal IV/2004 unverändert die oben bereits wiedergegebenen Honorarverteilungsregelungen.

Und auch für das anschließende Quartal I/2005 kam eine Regelung durch den Bewertungsausschuss zur Festlegung von Regelleistungsvolumen noch nicht zustande. Durch Beschluss in seiner 93. Sitzung entschied der Bewertungsausschuss am 29. Oktober 2004 (DÄ 2004, A-3129), zum einen, dass sein Beschluss zur Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes dahin geändert wird, dass der Einheitliche Bewertungsmaßstab zum 1. April 2005 in Kraft tritt. Zum anderen beschloss er zur Festlegung von Regelleistungsvolumen, dass sein Beschluss vom 13. Mai 2004 in Teil B ab dem 1. Januar 2005 nicht angewendet wird (Teil I). Der Bewertungsausschuss empfahl den Partnern der Honorarverteilungsverträge, die bis zum 31. Dezember 2004 gültigen Honorarverteilungsverträge bis zum 31. März 2005 anzuwenden (Teil II). Auch dadurch sollte dem Inkrafttreten der Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes erst zum 1. April 2005 Rechnung getragen werden.

Dem sind die Vereinbarungspartner in Hamburg auch für das streitbefangene Quartal I/2005 gefolgt. Der am 31. Dezember 2004 gültige Honorarverteilungsmaßstab vom 14. Dezember 1995 in der Fassung vom 27. Juli 2004 kam gemäß der Übergangsregelung in § 2 des vereinbarten Honorarverteilungsmaßstabes vom 15. Dezember 2004 mit dort näher geregelten, vorliegend aber nicht relevanten Änderungen zur Anwendung. Mit dieser Übergangsregelung nahmen die Vereinbarungspartner auf die Empfehlung in dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 93. Sitzung Bezug, auch für den Zeitraum vom 1. Januar 2005 bis 31. März 2005 den bisher gültigen Honorarverteilungsmaßstab fortzuführen. Es galten mithin auch in diesem Quartal unverändert die oben bereits wiedergegebenen Honorarverteilungsregelungen.

Diese Honorarverteilungsregelungen der drei streitbefangenen Quartale waren rechtmäßig. Zwar hielten sie sich nicht im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 7](#) und 8 SGB V. Doch konnten sich die streitbefangenen Regelungen der Honorarverteilungsmaßstäbe in den Quartalen III/2004 bis I/2005 zum einen auf die Beschlüsse des Bewertungsausschusses stützen, die sich ihrerseits vor dem Gesetz rechtfertigen lassen, und standen im Übrigen mit höherrangigem Recht in Einklang.

Dabei ist zunächst in Rechnung zu stellen, dass bei der Ausgestaltung der zu vereinbarenden Honorarverteilungsregelungen die Vertragspartner – wie zuvor die Kassenärztlichen Vereinigungen als Satzungsnormgeber – einen weiten Gestaltungsspielraum haben. Denn sie schließen einen öffentlich-rechtlichen Vertrag mit Rechtsnormcharakter, einen Normsetzungsvertrag (Engelhard, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 85 Rn. 157c, 163 f.). Diese Gestaltungsfreiheit geht typischerweise mit Rechtsetzungsakten einher und wird erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn die jeweilige Gestaltung in Anbetracht des Zwecks der konkreten Ermächtigung unvertretbar oder unverhältnismäßig ist. Die Honorarverteilungsregelungen müssen jedoch mit der Ermächtigungsgrundlage in Einklang stehen. Sie müssen insbesondere den in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochenen Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars und sowie den aus [Art. 12 Abs. 1](#) in Verbindung mit [Art. 3 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit beachten (ständige Rechtsprechung, siehe nur BSG 3.2.2010 – [B 6 KA 1/09 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 50, m. w. N.).

Zwar entsprachen die streitbefangenen Honorarverteilungsregelungen, auf deren Grundlage die Honorarbescheide für die Quartale III/2004 bis I/2005 ergingen, unstreitig nicht den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 7](#) und 8 SGB V. Denn sie enthielten keine arztgruppeneinheitliche Festlegung von Fallpunktzahlen, wie dies für arztgruppenspezifische Grenzwerte jedoch erforderlich ist, sondern bauten mit den praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina im Sinne sog. Individualbudgets auf individuellen Punktzahlvolumina vergangener Zeiträume auf. Auch sahen die Honorarverteilungsregelungen keine festen Punktwerte im Sinne des Gesetzes vor. Vielmehr hing die Höhe des Punktwertes letztlich davon ab, wie sich das Verhältnis zwischen dem Honorarvolumen der Arztgruppe zu der Summe der den Ärzten der Gruppe zuerkannten Punktzahlen verhielt. Denn zwar enthielt die Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina einen festen kalkulatorischen Punktwert, doch führte dieser zu schwankenden Punktzahlvolumina.

Ob diese Honorarverteilungsregelungen die gleichen Ziele wie die gesetzlichen Vorgaben in [§ 85 Abs. 4 Satz 7](#) und 8 SGB V verfolgten, ist für die Frage, ob sie die hiernach erforderlichen Regelungen – arztgruppenspezifische Grenzwerte und feste Punktwerte – enthielten, nicht maßgeblich (BSG 17.3.2010 – [B 6 KA 43/08 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 54).

Die Anwendung der den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 7](#) und 8 SGB V nicht entsprechenden Honorarverteilungsregelungen war jedoch durch Übergangsregelungen gedeckt. Sie konnte sich auf die Empfehlungen in den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 88. Sitzung, in seiner 89. Sitzung vom 13. Mai 2004 und in seiner 93. Sitzung vom 29. Oktober 2004 stützen, für die Hintergrund jeweils das sachgerechte Bestreben des Bewertungsausschusses war, die Konkretisierungen zu den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) zeitgleich mit dem neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab in Kraft zu setzen und so die Anwendung von Regelleistungsvolumina mit dem neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu parallelisieren. Dies gelang jedoch erst am 1. April 2005.

Diese Empfehlungen des Bewertungsausschusses waren auch ihrerseits wirksam. Der Bewertungsausschuss blieb mit ihnen im Rahmen seiner gesetzlichen Ermächtigung. Dies folgt für die hier streitbefangenen Quartale III/2004 bis I/2005 aus einem "erst recht"-Schluss aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Rechtmäßigkeit der Übergangsregelung des Bewertungsausschusses ab dem Quartal II/2005 (BSG 17.3.2010 – [B 6 KA 43/08 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 54; zu dieser Übergangsregelung und ihrer Bedeutung für die Hamburger

Honorarverteilungsregelungen siehe das Urteil des Senats vom heutigen Tag im Verfahren [L 1 KA 23/09](#)). Denn das Bundessozialgericht hat die Ermächtigungskonformität einer – mit einschränkenden Bedingungen versehenen – Übergangsregelung, die sogar noch für die Zeit ab Inkrafttreten des neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes am 1. April 2005 galt, gebilligt. Für die Zeit davor – vom Quartal III/2004 bis zum Quartal I/2005 – mit ihren Übergangsregelungen des Bewertungsausschusses, die das Fortgelten der bisherigen Honorarverteilungsregelungen ermöglichten, ist daraus nicht etwa der Schluss zu ziehen, dass die gesetzlichen Vorgaben "schärfer" galten, als ab 1. April 2005. Mit dem Bundessozialgericht ist vielmehr daran anzuknüpfen, dass der Bewertungsausschuss den Weg zur Anpassung von Honorarverteilungsregelungen an die Vorgaben des Gesetzes insbesondere zu Regelleistungsvolumina vorzeichnen sollte und wollte und ihm insoweit das Recht zuzugestehen ist, eine allmähliche Anpassung an die Vorgaben des [§ 85 SGB V](#) genügen zu lassen und übergangsweise noch Abweichungen zu tolerieren (vgl. BSG 18.8.2010 – [B 6 KA 27/09 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 58).

Sachgerecht ist insoweit die Annahme des Bewertungsausschusses, dass der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab eine Voraussetzung für die Anpassung der Honorarverteilungsregelungen an die Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) zu Regelleistungsvolumina war. Denn die Bewertung ärztlicher Leistungen in Punkten ist Regelgegenstand des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Durch diesen ist den Verhandlungspartnern des Honorarverteilungsvertrages vorgegeben, was einzelne ärztliche Leistungen in Punkten wert sind. Hiervon ausgehend sind Regelleistungsvolumina und Mengenbegrenzungen zu regeln. Verschiebungen bei der Bewertung ärztlicher Leistungen in Punkten haben daher Einfluss auf die Regelung von Regelleistungsvolumina, denn arztgruppenspezifische Grenzwerte werden in Punkten ausgedrückt. Um für Arztgruppen Punktgrenzwerte zu regeln, ist es erforderlich zu wissen, was deren ärztliche Leistungen in Punkten wert sind. Es ist deshalb sachgerecht, die Regelung von Regelleistungsvolumina und Einheitlichem Bewertungsmaßstab zu parallelisieren.

Dass sich das parallele Inkrafttreten von neuem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM 2000plus) und Regelleistungsvolumina bis zum 1. April 2005 verzögerte, ist nicht der Beklagten anzulasten. Hintergrund hierfür war, dass Simulationsrechnungen ergeben hatten, dass in vielen Fällen die Fallpunktzahlen, gemessen an den Bewertungen im EBM 2000plus, dessen Struktur von der des alten Einheitlichen Bewertungsmaßstabes grundverschieden war, zu gering waren. Bei einigen Arztgruppen hätte demnach schon die Ordinationsgebühr ausgereicht, um das Regelleistungsvolumen auszuschöpfen. Hier musste nachgebessert werden (Maus, DÄ 2004, A-2985). Der Bewertungsausschuss selbst reagierte hierauf mit seinen Empfehlungen, die bisherigen Honorarverteilungsregelungen zunächst für das Quartal III/2004, sodann IV/2004 und schließlich auch I/2005 fortzuführen.

Zwar wird der Beklagten die Vereinbarung von Regelleistungsvolumina mit ihren Vertragspartnern auch aufgrund des alten Einheitlichen Bewertungsmaßstabes möglich gewesen sein. Doch ist dem gesetzlichen Regelungszusammenhang in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes zu entnehmen, dass der Bewertungsausschuss Vorgaben zu den Regelleistungsvolumina zu machen hatte, die die Vereinbarungspartner auf regionaler Ebene zu beachten hatten. Der Bewertungsausschuss selbst aber hat diese Vorgaben mit dem neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab verknüpft. Und das Bundessozialgericht hat akzeptiert, dass der Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab und die Regelleistungsvolumina parallel ins Werk setzen wollte (BSG 17.3.2010 – [B 6 KA 43/08 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 54). Dem schließt sich der Senat an.

Gewiss ist es demnach bei unbefangener Lektüre des Gesetzestextes so, dass praxisbezogene Regelversorgungsvolumina in den Quartalen III/2004 bis I/2005 rechtswidrig waren. Doch kommt im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V die Ebene der untergesetzlichen Normsetzung hinzu, hat auf dieser der Bewertungsausschuss für die streitbefangenen Quartale die Anwendung von Regelleistungsvolumina aus sachgerechten Gründen ausgesetzt und war dies, bei Bestimmung der Reichweite der Ermächtigung mit Blick auf die Besonderheiten des Sachbereichs, ermächtigungskonform.

In den Quartalen III/2004 bis I/2005 galt mithin für den Bewertungsausschuss keine strengere bundesgesetzliche Ermächtigungsgrundlage als in den Quartalen ab II/2005 und so auch für die Beklagte und ihre Vereinbarungspartner als nachrangige Normgeber, die den Empfehlungen des Bewertungsausschusses jeweils folgten, kein strengeres Übergangsrecht. Die Beklagte hat daher jeweils in ihren zu den verbindlichen Vorgaben des Bewertungsausschusses nachrangigen Honorarverteilungsregelungen an der Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina festhalten und diese noch weiter anwenden können, ohne dass diese weitere Anwendung durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses in den streitbefangenen Quartalen – anders als für die Fortführung in der Zeit ab 1. April 2005 (dazu Urteil des Senats vom heutigen Tag im Verfahren [L 1 KA 23/09](#)) – einschränkenden Bedingungen unterworfen war. Die den streitbefangenen Honorarbescheiden zugrunde liegenden Honorarverteilungsregelungen sind daher nicht an den gesetzlichen Vorgaben zu Regelleistungsvolumina zu messen.

Entscheidungserheblich bleibt damit noch, inwieweit die Honorarverteilungsregelungen, insbesondere die Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina, im Übrigen mit höherrangigem Recht vereinbar waren. Die Rechtmäßigkeit dieser Art und Weise einer Budgetierung im Rahmen von Individualbudgets, wie sie Gegenstand der hier streitbefangenen Honorarverteilungsregelungen war und von der Klägerin angegriffen worden ist, hat der Senat bereits in seinen rechtskräftigen Urteilen vom 29. September 2011 bejaht ([L 1 KA 9/08](#), [L 1 KA 10/08](#), [L 1 KA 11/08](#)). Hieran ist auch nach Würdigung des Beteiligtenvorbringens im vorliegenden Berufungsverfahren festzuhalten.

Der Vortrag der Klägerin gibt zu folgenden Ergänzungen Anlass: Die Klägerin hat sich – neben der Budgetierung – maßgeblich gegen die Arztgruppenkontingentbildung gewandt. Dieser Aufteilung der Gesamtvergütung in Honorarkontingente (Honorartöpfe, Teilbudgets) lägen für die Arztgruppe der Klägerin zum einen vom Bewertungsausschuss zu niedrig bemessene Praxiskosten zugrunde. Doch vermag diese Rüge schon nicht die Rechtmäßigkeit der Honorarverteilungsregelungen in Zweifel zu ziehen. Dass diese Regelungen die normativen Vorgaben des Bewertungsausschusses zugrunde legen, entspricht geltendem Recht. Denn nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) bestimmt der Bewertungsausschuss Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen und sind diese nach [§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#) Bestandteil der zu vereinbarenden Honorarverteilungsregelungen. Auch sind diese normativen Vorgaben während der Zeit der Geltung der hier streitbefangenen Honorarverteilungsregelungen nicht geändert worden. Es war also nicht an der Beklagten, von diesen Vorgaben abzuweichen. Und es ist vorliegend auch nicht an dem Gericht. Denn wie jedem anderen Normsetzer steht auch dem Bewertungsausschuss bei der ihm überantworteten Rechtsetzung Gestaltungsfreiheit zu, die grundsätzlich auch von der Rechtsprechung zu respektieren ist und von dieser nur in Ausnahmefällen korrigiert werden darf. Der Gestaltungsspielraum eines Normgebers ist umso mehr zu beachten, wenn – sei es auch nur mittelbar – Regelungen über die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme im Streit sind oder wenn es um die Bewältigung komplexer Sachverhalte geht, wie sie vielfach im Krankenversicherungs- und Vertragsarztrecht anzutreffen sind (so BSG 15.5.2002 – [B 6 KA 33/01 R](#), [SozR 3-2500 § 87 Nr. 34](#)). Dass der Bewertungsausschuss den ihm hiernach zustehenden Gestaltungsspielraum

überschritten hat, ist für den Senat nicht ersichtlich. Die von der Klägerin vorgelegten Erhebungen zu Praxiskosten lassen nicht den zwingenden Schluss zu, dass die Festsetzungen des Bewertungsausschusses nicht (mehr) sachgerecht waren.

Zum anderen führte nach Auffassung der Klägerin die Kontingentierung in Verbindung mit der Individualbudgetierung dazu, dass Nervenärzte, Neurologen und Psychiater, die in der Basisversorgung ihres Fachgebietes tätig gewesen seien, in den streitbefangenen Quartalen nur so niedrige Honorare hätten erzielen können. Doch war die Beklagte nicht verpflichtet, in den Honorarverteilungsregelungen auch danach zu differenzieren, welche Art von Leistungen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater jeweils erbringen. Insbesondere die von der Klägerin verwandte Kategorie der sog. Versorgerpraxen, die die sog. Basisversorgung erbrächten, ist keine, für die in der Honorarverteilung zwingend gesonderte Regelungen vorzusehen waren. Es bleibt in der Verantwortung der Ärzte selbst, ob und ggf. welche Versorgungsschwerpunkte sie setzen. Es ist nicht die Aufgabe der Honorarverteilung, auf alle jeweiligen Schwerpunktsetzungen und das Leistungsverhalten der einzelnen Vertragsärzte mit je gesonderten Regelungen zu reagieren. Entscheidend bleibt allein die Einhaltung der gesetzlichen und verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Honorarverteilung.

Allerdings trifft den Normgeber – namentlich bei der Bildung von Honorarkontingenten – die Verpflichtung, die Situation und die weitere Entwicklung zu beobachten sowie im Fall erheblicher Verwerfungen im Honorargefüge hierauf durch Korrekturen – regelmäßig für die Zukunft – zu reagieren (Engelhard, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 85 Rn. 164, 165j m. w. N.). Dies gilt insbesondere, wenn andere Umstände als von den Vertragsärzten selbst verursachte Leistungsausweitungen vorliegen, die sich nur bei einzelnen Arztgruppen auswirken und nur dort zu einem sich auf das Honorar mindernd auswirkenden deutlichen Abfall des Punktwertes führen (Engelhard, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 85 Rn. 164b f. m. w. N.). Doch ist hierfür erforderlich, dass das Honorarniveau einer Arztgruppe gravierend unter das Niveau der anderen Arztgruppen absinkt; denn einen generellen Anspruch auf einen Ausgleich von Honorarunterschieden zwischen den Arztgruppen gibt es nicht (Engelhard, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 85 Rn. 165 m. w. N.). Ob aus einem Punktwertverfall in einem wesentlichen Leistungsbereich eine Verpflichtung zur Korrektur der Honorarverteilung folgt, kann daher letztlich nur im Rahmen einer Gesamtbetrachtung ermittelt werden (Engelhard, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 85 Rn. 165g m. N.). Dem Senat liegen jedoch im Ergebnis dieses Berufungsverfahrens keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür vor, dass bezogen auf das Honorarniveau der Arztgruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater bei der gebotenen Gesamtbetrachtung im Vergleich zu anderen Arztgruppen es zu derartigen Verwerfungen gekommen war.

Eine weitere honorarverteilungsrelevante Differenzierung mit Blick auf die Gruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater war auch nicht durch höherrangiges Recht gefordert. Zwar muss ungeachtet des Gestaltungsspielraums der Vereinbarungspartner ihr Honorarverteilungsmaßstab nicht nur mit der Ermächtigungsgrundlage in Einklang stehen, sondern insbesondere auch das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars sowie den aus [Art. 12 Abs. 1](#) in Verbindung mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit beachten (Engelhard, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 85 Rn. 163g m. w. N. zur ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts). Doch weder der Grundsatz leistungsproportionaler Verteilung des Honorars noch der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit erforderten die gesonderte Bildung einer (Unter-)Arztgruppe der in der sog. Basisversorgung und insbesondere nicht auch auf dem Gebiet der Psychotherapie tätigen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater. Vielmehr durfte mit den Honorarverteilungsregelungen an typische Strukturen statt an Einzelfälle angeknüpft werden. Strukturell vergleichbare, jeweils typische Sachverhalte liegen bei Anknüpfung an den Zulassungsstatus von Ärzten vor und die Honorarverteilungsregelungen als Normen müssen nicht danach differenzieren, ob zugelassene Ärzte das ihnen durch die Zulassung eröffnete Leistungsspektrum ausschöpfen. Wenn einzelne Vertragsärzte einer über ihren Zulassungsstatus definierten Arztgruppe zunehmend auch psychotherapeutische Leistungen erbringen, andere – wie nach ihrem Vortrag die Klägerin – diesen auch ihnen eröffneten Weg aber nicht gehen, muss hierauf nicht fortlaufend durch das tatsächliche Leistungsverhalten abbildende Änderungen der generell geltenden Honorarverteilungsregelungen reagiert werden (vgl. LSG Hamburg 28.2.2007 – [L 2 KA 3/05](#)). Es fällt in die Freiheit der unternehmerischen Entscheidung der Klägerin, in welchen Teilleistungsbereichen ihrer Fachgruppe sie tätig oder schwerpunktmäßig tätig wird und welche Kompensationsmöglichkeiten ihr so zur Verfügung stehen (vgl. LSG Hamburg 29.9.2010 – [L 2 KA 12/08](#)). Insoweit wirkt sich die eigene tatsächliche Leistungs- und Abrechnungspraxis der Klägerin auf das Honorar aus. Hieran anzuknüpfen ist sachgerecht und musste insoweit im Rahmen der Honorarverteilungsregelungen auch kein Härtefallausgleich geschaffen werden. Die Differenzierungstiefe von Honorarverteilungsregelungen zwischen Ärzten einer Arztgruppe muss nicht so weit gehen, auf alle tatsächlich bestehenden Praxisbesonderheiten Rücksicht zu nehmen. Eine typisierende Betrachtung des Normgebers ist im Interesse der Praktikabilität anzuwendender Honorarverteilungsregelungen unvermeidbar (vgl. LSG Hamburg 29.9.2011 – [L 1 KA 9/08](#)). Dass aber vorliegend die Ungleichheit zwischen der Arztgruppe der Klägerin und anderen Arztgruppen oder auch nur zwischen der Klägerin und anderen Ärzten ihrer Arztgruppe so groß war, dass sie bei einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht unberücksichtigt bleiben durfte und etwa zu einer Stützungsverpflichtung hätte führen können, ist nicht ersichtlich. Enttäuschte Erwartungen an die Honorarentwicklung begründen noch keine Honorarverteilungsgerechtigkeit.

Nur hinzu kommt, dass die von der Klägerin verwandten Kategorien der Basisversorgung und der Versorgerpraxen eine geschlossene Begriffsbedeutung vorgeben, die ihnen nicht eignet. Letztlich geht es doch darum, dass mit dem tatsächlichen Leistungsgeschehen in der Praxis der Klägerin weniger Honorar erzielt werden konnte, als mit dem Leistungsgeschehen, das andere Praxen der Fachgruppe an den Tag legten und das auch für die Klägerin erbringbar war. Hiervor aber musste sie nicht durch die Honorarverteilung geschützt werden.

In Rechnung zu stellen ist zudem, dass die Ertragssituation einer Vertragsarztpraxis von einer Vielzahl von Faktoren abhängt, die auch vorliegend zunächst nicht in die Sphäre der für die Honorarverteilung verantwortlichen Beklagten sondern in die der ihr Leistungsgeschehen bestimmenden Klägerin fielen. Hierzu gehören die Ausrichtung ihrer Praxis, die Qualität ihres Dienstleistungsangebotes, die Qualität ihrer medizinischen Leistungen, aber auch strukturelle Faktoren wie z. B. die Infrastruktur des Praxisstandortes (Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Parkplatzsituation), die Größe des Einzugsbereichs der Praxis, die Patientenstruktur (Verhältnis von Primärkassen- und Ersatzkassenpatienten und Privatpatienten) und nicht zuletzt die Konkurrenzsituation (so BSG 9.12.2004 – [B 6 KA 44/03 R, SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#)). Sodann ist zu betonen, dass für die Frage der Leistungsgerechtigkeit der Honorierung die generelle Situation der Fachgruppe und nicht die einer einzelnen Vertragsarztpraxis in den Blick zu nehmen ist. Dann aber zeigt sich, worauf die Beklagte hingewiesen hat, dass das Honorarkontingent der Fachgruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater jeweils mit dem angeforderten Leistungsbedarf übereinstimmte und sich mit diesem nahezu deckte, und dass die Entwicklung dieses Honorarkontingents sich nicht signifikant von der anderer fachärztlicher Honorarkontingente unterschied.

Soweit die Klägerin mehrfach darauf hingewiesen hat, dass es sich bei ihrer um eine sehr inhomogene Fachgruppe gehandelt habe,

verpflichtete dies die Beklagte auch deshalb nicht zu normativen Differenzierungen in der Honorarverteilung, weil Verwerfungen, die auf entsprechenden Inhomogenitäten beruht und die zu einer nicht mehr leistungsgerechten Vergütung von entsprechenden Vertragsarztpraxen geführt hätten, nicht plausibel vorgetragen und auch sonst nicht ersichtlich sind. Ein anhaltender, fortschreitender Punktwerteverfall ist in den streitbefangenen Quartalen im Übrigen auch für die Klägerin selbst nicht zu erkennen. Vielmehr ist der Punktwert Schwankungen nach unten wie nach oben unterworfen gewesen.

Letztlich würde die Forderung der Klägerin, es sei eine nach den Versorgungsleistungen differenzierte Betrachtung zur Herstellung einer Honorarverteilungsgerechtigkeit nötig gewesen, bedeuten, Honorarverteilungsgerechtigkeit gebe es nur, wenn bei der Honorarverteilung die je unterschiedliche Art und Weise berücksichtigt werden, in der die Vertragsärzte im Einzelfall an der Versorgung teilnehmen. Dem gegenüber ist nur erneut zu betonen, dass die Honorarverteilungsregelungen ein normatives und damit auch abstraktes System bilden und nicht etwa konkrete Einzelfallentscheidungen treffen. Eine Typisierung und Pauschalierung ist vom Gesetzgeber gewollt und gewollt ist damit auch, dass nicht auch noch innerhalb der Arztgruppen nach deren tatsächlichem Leistungsgeschehen differenziert werden muss.

Soweit die Klägerin gerügt hat, dass die Punktwertstützungen und Nachvergütungen maßgeblich aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil gezahlt worden seien, kann sie damit schon deshalb nicht durchdringen, weil den entsprechenden Honorarverteilungsregelungen gesetzgeberische Entscheidungen zugrunde liegen. Die Trennung von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung ist vorgegeben durch [§ 85 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 2](#) in Verbindung mit [§ 73 SGB V](#). Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen ist vorgegeben durch [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#). Der Einbehalt von der Gesamtvergütung zur Förderung der integrierten Versorgung ist vorgegeben durch [§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V](#).

Soweit die Klägerin gerügt hat, dass seit dem Quartal III/2004 auch Ärzte, die nicht mindestens zu 90 % ihrer Leistungen aus dem Bereich der Psychotherapie erbracht hätten, den gestützten Punktwert für Leistungen der genehmigten Psychotherapie erhalten hätten, liegt auch dem eine entsprechende Änderung des [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) durch das GKV-Modernisierungsgesetz zugrunde. Denn nunmehr waren unabhängig vom Umfang der psychotherapeutischen Tätigkeit neben ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten auch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin von der Punktwertstützung erfasst. Entsprechend zu dieser gesetzlichen Erweiterung der anspruchsberechtigten Vertragsärzte beschloss der Bewertungsausschuss in seiner 88. Sitzung, dass sich der Beschluss zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung nunmehr auch auf diese Fachärzte erstreckt, sofern diese mit einer der aufgeführten Gebietsbezeichnungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind und soweit sie die entsprechenden Leistungen erbringen. Hieran war auch die Beklagte gebunden.

Mit Blick auf die Belastung auch der Arztgruppe der Klägerin mit den Stützungen für psychotherapeutische Leistungen ist zudem darauf hinzuweisen, dass die Beklagte in Nachverhandlungen mit den Krankenkassen Nachzahlungen hat erreichen können und dass es insoweit durch die Bescheide vom 23. Januar 2007 und vom 18. Juli 2007 für die Quartale I/2000 bis IV/2004 und I/2005 bis II/2006 auch zu Nachzahlungen an die Klägerin gekommen ist.

Soweit die Klägerin gerügt hat, dass zu Punktwertstützungen und Nachvergütungen alle Facharztgruppen gleichmäßig herangezogen worden seien, lassen die entsprechenden Honorarverteilungsregelungen Rechtsfehler nicht erkennen. Die Beklagte war nicht aus Gründen höherrangigen Rechts gehalten, diese Heranziehungen an den konkreten Einkommensstrukturen der jeweiligen Arztgruppen auszurichten. Dies führt zwar zu einer unterschiedlich zu gewichtenden finanziellen Belastung der verschiedenen Facharztgruppen. Doch trägt die gleiche Heranziehung aller Facharztgruppen sowohl dem Solidargedanken innerhalb der Fachärzteschaft Rechnung als auch deren gemeinsamer Verantwortung für die vertragsärztliche Versorgung. Zu weitgehenderen, auf das je unterschiedliche tatsächliche Einkommensniveau der verschiedenen Facharztgruppen Rücksicht nehmenden Differenzierungen war die Beklagte auch mit Blick auf die in den Honorarverteilungsregelungen als Normen nicht zu vermeidende Typisierung und Pauschalierung nicht verpflichtet. Es bestand keine rechtliche Verpflichtung der Beklagten, neben den vom Gesetz und auch von der Rechtsprechung geforderten Stützungen für Leistungen der Psychotherapie und für sog. junge und kleine Praxen auch noch prüfen zu müssen, ob die gleichmäßige Heranziehung aller Fachgruppen hierzu ihrerseits fachgruppenspezifische Korrekturen auslösen könnte.

Zu betonen ist auch (dazu Urteil des Senats vom heutigen Tag im Verfahren [L 1 KA 24/09](#)), dass die Klägerin im Sinne der Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina selbst eine sog. kleine Praxis war, die bei Übernahme entsprechender Versorgung einen Anspruch auf Honorarzuwachs hatte. Dass sie diese Zuwachsmöglichkeiten nicht ausgenutzt hat, ist auf der einen Seite ihre freie Entscheidung, führt auf der anderen Seite aber nicht dazu, die Beklagte zu weiteren Stützungsleistungen unter den Gesichtspunkten leistungsproportionaler Vergütung und Honorarverteilungsgerechtigkeit für verpflichtet zu halten. Auch besteht für den Senat kein Anlass, den Rügen hinsichtlich der Berechnung des arztgruppendurchschnittlichen Regelversorgungsvolumens nachzugehen, da die Klägerin ohnehin nicht die Möglichkeit, aufgrund ihres überwiegend (Ausnahme: Quartal I/2005) unter dem arztgruppendurchschnittlichen Regelversorgungsvolumen liegenden praxisbezogenen Regelversorgungsvolumen zuzuwachsen, genutzt hat. Hierauf hat schon das Sozialgericht zutreffend hingewiesen.

Soweit die Klägerin schließlich einen Umsatzeinbruch bei unveränderter Fallzahl und unverändertem Leistungsniveau geltend gemacht und vorgetragen hat, dass das Honorarniveau zu gering gewesen sei, ergeben sich für den Senat auch hieraus keine konkreten Anhaltspunkte für eine Rechtswidrigkeit der streitbefangenen Honorarverteilungsregelungen. Es dürfte doch wohl eher um einen Mix unterschiedlicher Bedingungen und Wirkungen der Honorarverteilung (z. B. Höhe der Gesamtvergütung, Bewertung der von der Klägerin erbrachten und abgerechneten Leistungen, Vorab-Einbehalte aus der Gesamtvergütung und anteilige Honorarabzüge für Stützungsmaßnahmen, Sicherstellungseinbehalte, Bildung von Rückstellungen im Falle von Rechtsstreitigkeiten) gehen. Dass aber dieser Mix für die Klägerin in den streitbefangenen Quartalen die Grenze der Rechtswidrigkeit überschritten hat, ist nicht ersichtlich.

Schließlich besteht auch kein Anlass, an der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags der Beklagten zu zweifeln. Dass die hier angegriffenen Honorarverteilungsregelungen dazu geführt haben könnten, dass im Versorgungsbereich der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater der Versorgungsbedarf in Hamburg nicht durch Vertragsärzte sichergestellt werden konnte, weil für diese kein ausreichender finanzieller Anreiz bestand, vertragsärztlich tätig zu werden (vgl. zu diesem Maßstab Engelhard, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 85 Rn. 143a m. N.), ist nicht ersichtlich.

Dem Beweisantrag der Klägerin war nicht zu entsprechen. Denn für die Beantwortung der Frage, ob der den Honorarbescheiden jeweils zugrunde liegende Honorarverteilungsmaßstab höherrangigem Recht entsprach, kommt es angesichts der hier relevanten Maßstäbe des höherrangigen Rechts im Rahmen der Überprüfung der der Klägerin erteilten Honorarbescheide – Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung und Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit – nicht entscheidend auf die genaue, detaillierte und lückenlose Darstellung an, wie im Einzelnen das Honorarkontingent und das praxisbezogene Regelversorgungsvolumen der Klägerin im streitbefangenen Zeitraum gebildet wurden. Denn ergeben sich – wie hier – aus der rechtlichen Überprüfung der Honorarbescheide keine Anhaltspunkte für eine Rechtswidrigkeit der Honorarverteilungsmaßstäbe, sind im Rahmen der nur inzidenten Überprüfung dieser Maßstäbe diese nicht in allen ihren Einzelheiten zur Überprüfung des Gerichts gestellt. Die von der Klägerin mit ihrem Beweisantrag verfolgten Aufklärungsbegehren waren daher im Ergebnis der vorstehenden rechtlichen Würdigung für den Senat nicht entscheidungserheblich.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) und [§ 162 Abs. 3](#) der Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2](#) SGG nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2012-02-09