

## L 1 KA 23/09

Land  
Hamburg  
Sozialgericht  
LSG Hamburg  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung

1  
1. Instanz  
SG Hamburg (HAM)  
Aktenzeichen  
S 27 KA 176/06

Datum  
26.01.2012  
2. Instanz  
LSG Hamburg  
Aktenzeichen

L 1 KA 23/09  
Datum  
26.01.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin werden das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 24. September 2008 und der Bescheid der Beklagten vom 22. Februar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Mai 2006 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, über das Honorar der Klägerin für das Quartal III/2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die ihre Kosten selbst tragen. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist das Begehren der Klägerin nach höherem Honorar im Quartal III/2005 und in diesem Rahmen ihr Anspruch auf Neubescheidung. Die Neuberechnung des Honorars begehrt sie insbesondere unter Berufung darauf, dass die Honorarverteilungsregelungen, auf deren Grundlage der Honorarbescheid ergangen sei, 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 22. Februar 2006 für das Quartal III/2005 honorierte die Beklagte die Leistungen der Klägerin mit 1.042.262,3 abzurechnenden Punkten und einem durchschnittlichen arztindividuellen Punktwert von 5,53 Euro-Cent. Das Honorar betrug 60.091,21 EUR und der Umsatz 58.333,60 EUR. Der Fallwert betrug 37,51 EUR, die Fallzahl 1.555 und der Leistungsbedarf in Punkten 1.054.136,5. Das praxisbezogene Regelversorgungsvolumen (pRVV) betrug 1.042.262,3 Punkte; das arztgruppendurchschnittliche Regelversorgungsvolumen (aRVV) betrug 427.745,9 Punkte je Arzt, insgesamt also 1.283.237,7 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.

Durch Widerspruchsbescheid vom 10. Mai 2006 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Honorarabrechnung sei nach den gültigen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und des Verteilungsmaßstabes (VM) 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 neben der Bezugnahme auf ihren Vortrag im Verfahren [S 27 KA 84/06 \(L 1 KA 22/09\)](#) unter anderem vorgetragen, dass die Honorarverteilung bereits deswegen rechtswidrig sei, weil die Regelungen zu den praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprächen. Dadurch kämen die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab intendierten Neubewertungen nicht zum Tragen. Zu dieser Abweichung sei die Beklagte nicht befugt gewesen. Dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004, der grundsätzlich ein Beibehalten vergleichbarer Steuerungsinstrumente gestattet habe, fehle es ebenfalls an einer hinreichenden Rechtsgrundlage. Darüber hinaus sei die gerügte Honorarverteilung gerade nicht vergleichbar in diesem Sinne.

Die Beklagte hat hierauf entgegnet, der Bewertungsausschuss habe im Rahmen der ihm eingeräumten Ermächtigung eine rechtmäßige

Übergangsregelung getroffen und die Beklagte sich mit ihren Honorarverteilungsregelungen hieran gehalten.

Das Sozialgericht hat die die Klage durch Urteil vom 24. September 2008 abgewiesen. Der angefochtene Honorarbescheid sei rechtmäßig. Dass die Honorarabrechnung zum Nachteil der Klägerin nicht dem Gesetz, den Vorschriften des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes oder den Regelungen des ab 1. April 2005 vereinbarten Verteilungsmaßstabes entsprochen hätte, sei nicht zu erkennen. Ernsthafte Zweifel an der Richtigkeit der Berechnungen hätten sich für das Gericht nicht ergeben. Eine Unvereinbarkeit konkreter, der Honorarabrechnung zugrundeliegender Regelungen mit höherrangigem Recht lasse sich ebenso wenig wie ein zulasten der Klägerin erfolgter Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit feststellen. Soweit für das Quartal III/2005 die vereinbarten Verteilungsmaßstab-Regelungen nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprochen hätten, folge hieraus angesichts der vom Bewertungsausschuss eingeräumten Übergangsfrist nicht schon eine Unvereinbarkeit.

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 des Individualbudgets in dem streitbefangenen Quartal 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). Von diesen Vorgaben habe auch der Bewertungsausschuss nicht abrücken dürfen. Im Übrigen entspreche die Honorarverteilung im streitbefangenen Quartal auch nicht den Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Bildung von Regelleistungsvolumina (Beschluss der 93. Sitzung vom 29. Oktober 2004). Denn mit den fortgeführten Individualbudgets in Form von praxisindividuellen Budgets ohne feste Punktwerte und ohne abgestaffelte Vergütung außerhalb des Budgets seien gerade keine arztgruppenspezifischen Grenzwerte eingeführt sondern sei an der Leistungsmengenbegrenzung unter Festschreibung der Praxen auf ihre bisherigen Umsätze festgehalten worden. Soweit der Bewertungsausschuss in einer sog. Übergangsvorschrift (III. 2.2 des Beschlusses vom 29. Oktober 2004) ein Abweichen von den Vorgaben zu Regelleistungsvolumina erlaubt habe, sei dies rechtswidrig. Aber auch von dieser Übergangsregelung seien die streitbefangenen Honorarverteilungsregelungen nicht gedeckt. Denn bei den praxisindividuellen Budgets fehle es bereits an einer arztgruppenspezifischen Mengengrenzung; es handle sich bei ihnen um reine Individualbudgets. Auch seien keine festen Punktwerte vorgesehen gewesen. Vielmehr habe sich durch die Berechnungsweise ein floatender Punktwert ergeben. Schließlich seien auch keine abgestaffelten Punktwerte für die Grenzwerte übersteigende Leistungen vorgesehen gewesen, überschreitende Leistungen seien vielmehr überhaupt nicht vergütet worden. Es genüge nicht, wenn der Verteilungsmaßstab eine mit den gesetzlichen Vorgaben vergleichbare Zielrichtung verfolgt habe, denn dies führe noch nicht zur erforderlichen Vergleichbarkeit der Auswirkungen. Hinzu komme, dass mit floatenden statt festen Punktwerten das Ziel der Kalkulationssicherheit der Ärzte ohnehin nicht habe erreicht werden können. Als auch nicht mit den Vorgaben der Übergangsregelung des Bewertungsausschusses vereinbar seien die streitbefangenen Regelungen des Verteilungsmaßstabes rechtswidrig und damit unwirksam gewesen. Es sei deshalb der Beklagten die Anwendung des Regelleistungsvolumens, wie es im Beschluss des Bewertungsausschusses definiert und berechnet worden sei, vorgegeben. Da die Klägerin sowohl hinsichtlich des abrechenbaren Punktzahlvolumens als auch des Fallwertes unter den sich für die Fachgruppe ergebenden gelegen habe, sei sie durch die abweichend vom Gesetz konzipierte Honorarverteilungsregelung, die zu einem Honorarrückgang 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 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 zudem auch honorarverteilungsungerecht umgesetzt worden.

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 den Bescheid der Beklagten vom 22. Februar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Mai 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über das Honorar für das Quartal III/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 Fortführung der bis zum 31. März 2005 gültigen Honorarverteilungsregelungen bis zum 31. Dezember 2005 ermöglicht, soweit sie in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung vergleichbar seien. 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 auch über den 1. April 2005 hinaus fortgeführt. Dies sei auch rechtmäßig gewesen, da mit der Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina in ihrer Honorarverteilung bereits Steuerungsinstrumente vorhanden gewesen wären, die entsprechend der gesetzgeberischen Zielsetzung den Ärzten Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihrer Praxisumsätze und -einkommen geben, der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung getragen und den ökonomischen Anreiz zur übermäßigen Mengenausweitung begrenzt hätten. Diese Steuerungsinstrumente seien in ihren Auswirkungen denen von Regelleistungsvolumina im Sinne der Übergangsregelung des Bewertungsausschusses vergleichbar gewesen. Nichts anderes ergebe sich auch aus der mittlerweile ergangenen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Entgegen der Auffassung der Klägerin habe auch die übergangsweise fortgeltende Honorarverteilung der Beklagten keinen frei floatenden Punktwert gekannt. 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 das streitbefangene Quartal, 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 Fachgruppenschnitts für kleine bzw. junge Praxen gesonderte nervenärztlich-neurologische, rein neurologische und rein psychiatrische arztgruppenschnittliche Regelversorgungsvolumina zugrunde, um der unterschiedlichen Arbeitsweise der im Kontingent zusammengefassten Fachgruppen gerecht zu werden und ein sachlich gerechtfertigtes Anwachsen auf den Fachgruppenschnitt für den einzelnen Vertragsarzt bzw. die einzelne Praxis zu gewährleisten. Im Übrigen sei die Anknüpfung der Honorarkontingente an Ausgangsquartale 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 Fachgruppenschnitt 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 beigelegten 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 84/06](#) = [L 1 KA 22/09](#) 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 auch begründet. Das Sozialgericht hat die zulässige (Teil-)Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) in Gestalt einer Bescheidungsklage ([§ 131 Abs. 3 SGG](#)) zu Unrecht abgewiesen. Der Honorarabrechnungsbescheid der Beklagten in der Gestalt des Widerspruchsbescheides ist rechtswidrig. Die Klägerin kann eine andere als die ihr durch den streitbefangenen Honorarbescheid bewilligte Vergütung im streitbefangenen Quartal III/2005 beanspruchen.

Der angefochtene Honorarbescheid der Beklagten entspricht dem für das streitbefangene Quartal anzuwendenden Verteilungsmaßstab und setzt diesen um. Die Übereinstimmung insbesondere der Berechnung des praxisbezogenen Regelversorgungsvolumens in der Honorarabrechnung mit den Regelungen des Verteilungsmaßstabes wird von der Klägerin nicht in Zweifel gezogen, die keine konkreten Einwände gegen diese Berechnung formuliert hat und der es um die Rechtmäßigkeit des Verteilungsmaßstabes 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 des praxisbezogenen Regelversorgungsvolumens. Anhaltspunkte für eine rechnerische Unrichtigkeit drängen sich nicht auf.

Die Beklagte durfte die Honorarabrechnung jedoch nicht auf die gültig gewesenen Honorarverteilungsregelungen stützen, denn diese standen – soweit vorliegend ihre Überprüfung veranlasst ist mit höherrangigem Recht nicht 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 1 und Satz 2 Halbsatz 1, dass 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 hatte.

Für diesen neu zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab sah das Gesetz in der in dem streitbefangenen Quartal 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 vergütet 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.

Diese näheren Bestimmungen kamen zunächst nicht zustande (dazu für die Quartale III/2004 bis I/2005 Urteil des Senats vom heutigen Tag im Verfahren [L 1 KA 22/09](#)). Zum 1. April 2005 traten sodann der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM 2000plus) und mit diesem parallelisierte nähere Bestimmungen des Bewertungsausschusses zu Regelleistungsvolumina in Kraft. Durch Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 (DÄ 2004, A-3129) regelte der Bewertungsausschuss zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) im Zeitraum vom 1. April 2005 bis 31. Dezember 2005 (Teil III des Beschlusses), welche Maßnahmen für die Bildung von Regelleistungsvolumen zur Steuerung arztgruppenspezifischer Auswirkungen zu treffen sind (Nr. 1) und welche Vergütungsgrundsätze für ärztliche Leistungen anzuwenden sind (Nr. 2.1). Teil III Nr. 3 des Beschlusses regelte im Einzelnen die Ermittlungen und Festsetzungen von Regelleistungsvolumen.

In Teil III Nr. 2.2 jedoch sah der Bewertungsausschuss für die Anwendung von Regelleistungsvolumen noch eine Übergangsregelung vor: "Sofern in einer Kassenärztlichen Vereinigung bis zum 31. März 2005 bereits Steuerungsinstrumente vorhanden sind, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar sind, können diese bis zum 31. Dezember 2005 fortgeführt werden, wenn die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene das Einvernehmen hierzu herstellen." Für den Fall, dass kein Einvernehmen hergestellt werden konnte oder solche Steuerungselemente, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar sind, nicht vorhanden waren, fanden nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses Regelleistungsvolumen gemäß der Regelung in Teil III Nr. 3 dieses Beschlusses mit Wirkung zum 1. April 2005 Anwendung.

Gestützt hierauf ist von den Vereinbarungspartnern in Hamburg die Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina über den 1. April 2005 hinaus fortgeführt worden. Im streitbefangenen Quartal III/2005 galt der vereinbarte Verteilungsmaßstab vom 11. August 2005 (Schiedsamtentscheidung) zur Verteilung der Gesamtvergütungen im Zeitraum vom 1. April 2005 bis zum 31. Dezember 2005.

Dieser Verteilungsmaßstab vom 11. August 2005 (VM) sah in § 7 Abs. 1 unter anderem vor, dass aus den Vergütungen der Krankenkassen vorab die in § 8 VM 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 und die zur Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen der kurativen Koloskopie vorgesehene Beträge sowie die für entsprechende Erstattungen nach den vereinbarten Sätzen benötigten Beträge 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 der jeweils gültigen Fassung in einen hausärztlichen Anteil (§ 10 VM) und einen fachärztlichen Anteil (§ 11 VM) getrennt (Anlage D zum VM).

Für die fachärztlichen Gesamtvergütungsanteile sah § 11 VM nach Durchführung der Vorabberücksichtigungen des Abs. 1 in Abs. 2 die Unterteilung der verbleibenden fachärztlichen Gesamtvergütung in arztgruppen- bzw. leistungs- und kassenartenspezifische Honorarkontingente vor. Diese Kontingente entsprachen dem jeweiligen Anteil der Arztgruppe bzw. Leistungen an der fachärztlichen Gesamtvergütung für die aus dem Kontingent zu finanzierenden Leistungen in den Ausgangsquartalen (I/2004 bis IV/2004). Die Zuordnung einer Praxis zu einem gruppenspezifischen Honorarkontingent richtete sich nach der Gebietsbezeichnung des Arztes; nach Anlage I zum VM waren gruppen- und leistungsspezifische Honorarkontingente des fachärztlichen Anteils an der Gesamtvergütung unter anderem für die Arztgruppe der Nervenärzte/Neurologen/Psychiater zu bilden, Leistungskontingente nur für das ambulante Operieren und für histo-/zytologische Auftragsleistungen einschließlich Leistungen der Pathologen. Die sich nach § 11 Abs. 2 (bis Abs. 5) VM ergebenden Beträge wurden nach Abs. 6 grundsätzlich – mit die Arztgruppe der Klägerin nicht betreffenden Besonderheiten – auf die im jeweiligen Honorarkontingent ggf. nach Durchführung der Mengenbegrenzung durch praxisbezogene Regelversorgungsvolumina nach Anlage B zum VM 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 § 11 Abs. 1 verbleibende fachärztliche Gesamtvergütung auf die Summe der vor Durchführung der Mengenbegrenzung nach Anlage B zum VM festgestellten Punktzahlen verteilt (Anlage H zum VM).

Nach § 6 Satz 1 VM 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 VM. Diese Begrenzungsregelungen enthielt die Anlage B zum VM ("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 und begrenzte Leistungsbedarf in Punkten des jeweiligen Vergleichsquartals aus dem Zeitraum 1. Quartal 2004 bis 4. Quartal 2004. Nachträgliche rechtskräftige Änderungen des anerkannten Leistungsbedarfes in den Vergleichsquartalen führen von Amts wegen zu einer Anpassung der pRVV.

1. Anpassung des Leistungsbedarfs an die Gesamtvergütungen Der nach § 10 Abs. 3 bzw. § 11 Abs. 2 in die gruppenspezifischen Honorarkontingente unterteilte Teil der für den Abrechnungszeitraum je Kassengruppe erwarteten Gesamtvergütung wird durch 4,87 Euro-Cent geteilt und ergibt so das arztgruppen- und kassenartenspezifische Gesamtpunktzahlvolumen. Diesem Gesamtpunktzahlvolumen wird der aus dem Gruppenkontingent zu finanzierende, anerkannte und begrenzte Leistungsbedarf des Vergleichsquartals 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 Kassenart der Quartale 1/04 bis 4/04 wird für jede Praxis berechnet, , und mit der nach Ziff. 1 errechneten Veränderungsrate korreliert. Das daraus errechnete Punktzahlvolumen ist das pRVV. Daneben wird die Fallzahl der Vergleichsquartale 1/04 bis 4/04 über alle Kassenarten festgestellt. Unterschreitet die Fallzahl im Abrechnungsquartal die Fallzahl des entsprechenden Vergleichsquartals gemäß Satz 3 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. 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 kassenartenübergreifendes, 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, altersgewichteten Fallwertes mit der Fallzahldifferenz zwischen dem Abrechnungsquartal 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) Angestellte Ärzte

e) Übernahme von Versorgung

f) Job-Sharing

g) Härtefallregelung Der Vorstand kann auf Antrag in besonderen Ausnahmefällen das pRVV abweichend von den vorstehenden Bestimmungen der Anlage B VM 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 Leistungsmengenbegrenzung der Auswirkung in der Arztgruppe entsprechen. Für die Entscheidung sind die Auswirkungen auf die von den übrigen Ärzten der Honorarkontingentsgruppe geleisteten Sicherstellung mit zu berücksichtigen."

Diese Honorarverteilungsregelungen des Verteilungsmaßstabes schrieben weithin die zuvor gültig gewesenen Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes fort (zu diesem Urteil des Senats vom heutigen Tag im Verfahren [L 1 KA 22/09](#)) und betrifft dies insbesondere die streitbefangenen Regelungen. Die Abweichungen haben eine strukturelle Änderung der Honorarverteilungssystematik mit ihrer Mengenbegrenzung und Vergütung im Rahmen der Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina nicht bewirkt. Sie beschränkten sich neben redaktionellen und sprachlichen Änderungen und Präzisierungen in der Sache im Wesentlichen auf die Einführung von vorliegend nicht relevanten Leistungskontingenten, die Verschiebung des Vergleichszeitraums, die Möglichkeit des Ausgleichs der Fallzahlen unter den Kassenarten und die Erhöhung des kalkulatorischen Punktwertes.

Diese Honorarverteilungsregelungen des Quartals III/2005 waren rechtswidrig. Sie hielten sie sich nicht im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 7](#) und 8 SGB V. Die streitbefangenen Regelungen des Verteilungsmaßstabes konnten sich auch nicht auf den eine Übergangsregelung enthaltenden Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 stützen. Diese Übergangsregelung lässt sich zwar ihrerseits vor dem Gesetz rechtfertigen, doch standen die hier streitbefangenen Regelungen nicht mit den im Beschluss des Bewertungsausschusses formulierten einschränkenden Bedingungen in Einklang.

Zwar ist 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 Rechtssetzungsakten 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 zudem den in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochenen Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars und den aus [Art. 12 Abs. 1](#) in Verbindung mit [Art. 3 Abs. 1](#) des Grundgesetzes 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.). Dem hier angegriffenen Honorarbescheid liegen aber auch bei Anerkennung eines normgeberischen Gestaltungsspielraums keine rechtmäßigen Honorarverteilungsregelungen zugrunde.

Denn unstreitig entsprachen die streitbefangenen Honorarverteilungsregelungen, auf deren Grundlage der Honorarbescheid erging, nicht den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 7](#) und 8 SGB V. 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 Regelungen 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 vorliegend - anders als in den Quartalen III/2004 bis I/2005 (dazu Urteil des Senats vom heutigen Tag im Verfahren [L 1 KA 22/09](#)) - auch durch Übergangsregelungen nicht gedeckt. Denn zum 1. April 2005 traten der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab und die hiermit parallelisierten Festlegungen des Bewertungsausschusses zu Regelleistungsvolumen in Kraft. Zwar galten die Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) dennoch nicht sogleich übergangslos. Denn der Bewertungsausschuss hatte durch seinen Beschluss vom 29. Oktober 2004 in Teil III Nr. 2.2 auch insoweit noch eine Übergangsregelung getroffen. Diese stand auch ihrerseits mit höherrangigem Recht in Einklang und war wirksam. Sie beruhte auf der gesetzlichen Ermächtigung des [§ 85 Abs. 4a Satz 1 Halbsatz 2](#) in Verbindung mit Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V (dazu und zum folgenden BSG 17.3.2010 - [B 6 KA 43/08 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 54). Denn Sinn dieser Ermächtigung war es, dass der

Bewertungsausschuss den Weg zur Anpassung der Honorarverteilungsregelungen in den verschiedenen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen an die Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) vorzeichnet. Es war auch sachgerecht, eine nur allmähliche Anpassung genügen zu lassen und übergangsweise noch Abweichungen zu tolerieren. Demgegenüber wäre es unter dem Gesichtspunkt des Interesses der Ärzte an einer Kontinuität des Honorierungsumfangs und aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität problematisch gewesen, eine sofortige volle Übereinstimmung der Honorarverteilungsregelungen mit den Vorgaben des [§ 85 SGB V](#) erreichen zu wollen. Nicht durch die Ermächtigung auch zu einer Übergangsregelung gedeckt wäre es jedoch, Honorarverteilungsregelungen zu gestatten, die sich gegenüber bisherigen Regelungen – und sei es auch nur vorübergehend – weiter von den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) entfernen. Diesen Anforderungen wurde die Übergangsregelung in Teil III Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 bei ermächtigungskonformer Auslegung gerecht. Der Senat schließt sich dieser Rechtsauffassung des Bundessozialgerichts zur Wirksamkeit der ab 1. April 2005 geltenden Übergangsregelung an.

Streitig ist vorliegend die Frage, ob die Honorarverteilungsregelungen des H. Verteilungsmaßstabes, die dem angefochtenen Honorarbescheid zugrunde lagen, auch die in der Übergangsregelung des Bewertungsausschusses festgelegten einschränkenden Bedingungen erfüllten, dass nur bisherige Steuerungsinstrumente fortgeführt werden können, deren Auswirkungen mit den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar sind. Solche Einschränkungen kannten die Übergangsregelungen für die Quartale III/2004 bis I/2005 nicht und fand dies seine Rechtfertigung darin, dass auch der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab erst zum 1. April 2005 in Kraft trat.

Der Senat teilt zwar die Auffassung der Beklagten, der streitbefangene Verteilungsmaßstab habe bisherige Steuerungsinstrumente ohne strukturelle Änderungen fortgeführt und sich nicht weiter von den gesetzlichen Vorgaben entfernt. Anders als die Beklagte aber ist der Senat der Auffassung, dass die mit dem Verteilungsmaßstab fortgeführte Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 Satz 7](#) und 8 SGB V zu Regelleistungsvolumina nicht vergleichbar und deshalb von der diese einschränkende Bedingung vorsehenden Übergangsregelung des Bewertungsausschusses nicht gedeckt war. Wegen Nichteinhaltung der deshalb ohne Abfederung durch die Übergangsregelung geltenden gesetzlichen Vorgaben, wie sie in Teil III Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 konkretisiert worden sind, waren die streitbefangenen Regelungen des Verteilungsmaßstabes rechtswidrig und konnten dem angefochtenen Honorarbescheid für das Quartal III/2005 nicht zugrunde gelegt werden.

Die mit dem Verteilungsmaßstab von der Beklagten fortgeführte Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina war in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 Satz 7](#) und 8 SGB V zu Regelleistungsvolumina nicht vergleichbar, weil sie weder gruppenindividuell wirkte noch einen festen Punktwert vorsah. Denn während Regelleistungsvolumina eine arztgruppenspezifische und in diesem Sinne gruppenindividuelle Festlegung vorsehen, welche von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare, in Punktzahlen ausgedrückte Menge der vertragsärztlichen Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten ist, sehen praxisbezogene Regelversorgungsvolumina insoweit eine für jede Arztpraxis individuelle Festlegung eines bestimmten Budgets an Leistungen in Anknüpfung an vergangenes Leistungsverhalten in einem Vergleichszeitraum vor. Während also Regelleistungsvolumina an das typische Leistungsgeschehen von Arztpraxen einer Arztgruppe anknüpfen, knüpfen praxisbezogene Regelversorgungsvolumina an das abgerechnete konkrete Leistungsverhalten einer Arztpraxis in einem vergangenen Vergleichszeitraum an. Dies überschreitet aber den Gestaltungsspielraum, der der Beklagten und ihren Vereinbarungspartnern durch die konkrete Ermächtigung in der Übergangsregelung des Bewertungsausschusses eingeräumt worden war.

Mit dieser Rechtsfrage hat sich zuletzt das Bundessozialgericht in mehreren Entscheidungen vom 14. Dezember 2011 zu befassen gehabt ([B 6 KA 3/11 R](#), [B 6 KA 4/11 R](#), [B 6 KA 5/11 R](#) und [B 6 KA 6/11 R](#)). Anlass hierfür waren die Entscheidungen des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 8. September 2010 ([L 11 KA 60/07](#), [L 1 KA 55/07](#), [L 11 \(10\) KA 54/07](#) und [L 11 KA 23/08](#)), in denen dieses ausgeführt hatte, dass und warum das über den 1. April 2005 hinaus fortgeführte Steuerungsinstrument der Individualbudgets in seinen Auswirkungen nicht im Sinne der Übergangsregelung des Bewertungsausschusses mit den normativen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) und damit jenen des Regelleistungsvolumens vergleichbar gewesen sei. Das Landessozialgericht hatte die Kassenärztliche Vereinigung unter Aufhebung der angefochtenen Honorarbescheide verurteilt, über das vertragsärztliche Honorar der Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Das Bundessozialgericht hat die hiergegen gerichteten Revisionen der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung zurückgewiesen. In seinem Terminbericht Nr. 65/11 vom 15. Dezember 2011 hierzu ist ausgeführt: "Die Vorinstanzen haben zutreffend entschieden, dass die für das streitige Quartal (II/2005) maßgeblichen Honorarverteilungsregelungen weder den gesetzlichen Vorgaben noch den Vorgaben der Übergangsregelung des Bewertungsausschusses entsprachen. Individualbudgets stellen kein Steuerungsinstrument dar, das den gesetzlich vorgegebenen Regelleistungsvolumen in seinen Auswirkungen vergleichbar ist. Strukturell vergleichbare Auswirkungen kann nur bei Honorarbegrenzungsregelungen in Betracht kommen, denen zumindest auch auf den Arztgruppendurchschnitt bezogene Leistungsmengen bzw. Mengengrenzungen zugrunde liegen. Würde die vom Bewertungsausschuss beschlossene Übergangsregelung in dem Sinne ausgelegt, dass auch reine Individualbudgets fortgeführt werden durften, hätte dies eine weitgehende Suspendierung der zwingenden gesetzlichen Vorgaben zur Folge, zu der auch der Bewertungsausschuss ungeachtet des ihm zustehenden Gestaltungsspielraums nicht berechtigt war."

Durch diese Ausführungen sieht sich der Senat, auch wenn die Entscheidungsgründe dieser Revisionsurteile noch nicht vorliegen, in seiner Rechtsauffassung bestärkt, dass die im Bezirk der Beklagten im streitbefangenen Zeitraum geltenden Honorarverteilungsregelungen rechtswidrig waren. Die im streitbefangenen Quartal III/2005 geltenden, neu vereinbarten Honorarverteilungsregelungen des Verteilungsmaßstabes enthielten, soweit hier prüfungsrelevant, dieselben Steuerungsinstrumente wie der zuvor geltende und jeweils quartalsweise im Rahmen vereinbarter Übergangsregelungen fortgeführte Honorarverteilungsmaßstab. Die so aus den Vorquartalen fortgeführten Honorarverteilungsregelungen, die dem angefochtenen Honorarbescheid zugrunde lagen, steuerten durch eine auf praxisbezogene Individualbudgets beruhende Vergütungs- und Mengengrenzungs-systematik, nicht aber enthielten sie Honorarbegrenzungsregelungen, denen zumindest auch auf den Arztgruppendurchschnitt bezogene Leistungsmengen bzw. Mengengrenzungen zugrunde lagen.

Dass solche Individualbudgets in ihren Auswirkungen nicht mit den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar sind, ließ sich auch schon vor den Entscheidungen vom 14. Dezember 2011 der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entnehmen, der sich der Senat anschließt. Kernpunkte der gesetzlichen Regelung des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) sind danach zwei Vorgaben, nämlich die Festlegung arztgruppenspezifischer Grenzwerte und fester Punktwerte sowie für darüber hinaus gehende Leistungen abgestaffelte Punktwerte (BSG 17.3.2010 – [B 6 KA 43/08 R](#),

SozR 4-2500 § 85 Nr. 54). Das Bundessozialgericht hat dargelegt, dass Honorarverteilungsregelungen auf der Grundlage praxisindividueller Punktzahlobergrenzen keine Steuerungsinstrumente darstellen, deren Auswirkungen mit den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar sind (BSG 3.2.2010 – [B 6 KA 31/08 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 53; BSG 18.8.2010 – [B 6 KA 27/09 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 58). Noch deutlicher ist die Aussage des Bundessozialgerichts, der Gesetzgeber des GKV-Modernisierungsgesetzes habe sich für das System der Vergütung nach Regelleistungsvolumina entschieden, weil er dieses für sachgerecht gehalten habe, und der hieran anknüpfende Schluss des Gerichts, die damit ggf. verbundenen Vorteile für die Vertragsärzte dürften nicht ohne normative Grundlage im Bundesrecht durch die Vereinbarungspartner in den Honorarverteilungsregelungen so begrenzt werden, dass anstelle der Regelleistungsvolumina faktisch praxisindividuelle Budgets bezogen auf die von den einzelnen Praxen im Referenzquartal erreichte Vergütung zur Anwendung kämen.

Das aber war zur Überzeugung des Senats die Situation auch in H ... Hierfür jedoch liegt nach dem Bundessozialgericht eine zur Abweichung von den gesetzlichen Vorgaben ermächtigende normative Grundlage nicht vor (vgl. BSG 18.8.2010 – [B 6 KA 27/09 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 58).

Zwar genügt nach dem Bundessozialgericht dem Erfordernis arztgruppenspezifischer Grenzwerte auch eine Regelung, die eine arztgruppeneinheitliche Festlegung nur bei den Fallpunktzahlen vorgibt, dann deren Multiplikation mit den individuellen Behandlungsfallzahlen vorsieht und so zu praxisindividuellen Grenzwerten führt (BSG 17.3.2010 – [B 6 KA 43/08 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 54). Doch auch daran fehlte es vorliegend, weil das praxisbezogene Regelversorgungsvolumen auch nur insoweit keinen Arztgruppenbezug aufweist. Eine Anknüpfung an eine arztgruppeneinheitliche Festlegung einer Fallpunktzahl ist nicht vorgesehen; vielmehr beschränkt sich das praxisbezogene Regelversorgungsvolumen auf den Rückbezug auf das eigene Leistungs- und Abrechnungsverhalten eines Arztes in einem vergangenen Vergleichsquartal.

Die Arztgruppenspezifität der Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina stellt sich entgegen der Auffassung der Beklagten auch nicht dadurch her, dass die praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina ab dem Quartal II/2005 mit den Quartalen I/2004 bis IV/2004 an Vergleichs quartale anknüpften, in denen eine einen Arztgruppenbezug aufweisende arztbezogene Praxisbudgetierung noch insoweit wirksam war, als in diesen Vergleichs quartalen noch an die Vergleichs quartale III/2002 bis II/2003 anzuknüpfen war, die für die arztbezogene Praxisbudgetierung an die durchschnittlichen Patientenzahlen der Facharztgruppe anknüpften. Denn gefordert war vom Gesetz zum einen die Arztgruppenspezifität der Leistungsmengen bzw. Mengenbegrenzungen im Abrechnungsquartal. Hierfür genügt nicht eine praxisindividuelle Begrenzungsregelung, in die entfernt vermittelt nur durch Anknüpfung an Vergleichs quartale auch noch arztgruppenspezifische Elemente eingeflossen sind. Zum anderen begrenzte zwar die bis zum Quartal II/2003 geltende arztbezogene Praxisbudgetierung das Honorar unter Anknüpfung an die durchschnittlichen Patientenzahlen der Facharztgruppe, der Bezug auf die Vergleichs quartale III/2002 bis II/2003 in den vorliegend einschlägigen Vergleichs quartalen I/2004 bis IV/2004 aber knüpfte schon nicht an diese Durchschnittszahlen sondern an den anerkannten Leistungsbedarf jeder einzelnen Praxis an.

Für eine Arztgruppenspezifität der Honorarverteilung ab dem Quartal II/2005 genügt auch nicht die Berechnung des arztgruppendurchschnittlichen Regelversorgungsvolumens. Denn dieses war nicht unmittelbar honorarverteilungsrelevant, sondern gab nur einen Wert ab, bis zu dem kleinen Arztpraxen ein Zuwachsen möglich war. Nicht aber steuerte das arztgruppendurchschnittliche Regelversorgungsvolumen die Honorarverteilung. Diese bloße Rechengröße sorgte auch nicht dafür, dass mit der Honorarverteilung für jede Praxis das typische Leistungsgeschehen der Arztgruppe zum Maßstab der Honorarverteilung wurde.

Es genügt mithin für die in der Übergangsregelung des Bewertungsausschusses formulierte einschränkende Bedingung der vergleichbaren Auswirkungen nicht, dass sich Individualbudgets im Form von praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina und eine Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumina nicht ganz fremd sind, weil in den praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina auch ein Arztgruppenbezug enthalten ist. Gefordert war vom Gesetz in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) eine gruppenindividuelle Bestimmung des Regelleistungsvolumens, an der es fehlt, und von der Übergangsregelung des Bewertungsausschusses in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung – Gruppenindividualität statt Arztindividualität vergleichbare Steuerungsinstrumente, an denen es auch fehlt, denn arztgruppenbezogene und praxisbezogene Honorarbegrenzungsmaßnahmen haben durch ihren unterschiedlichen Anknüpfungspunkt auch unterschiedliche Auswirkungen.

Angesichts des Geltens der gesetzlichen Vorgaben schon seit dem 1. Juli 2004 und des Inkrafttretens der Beschlüsse des Bewertungsausschusses sowohl über den neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab als auch über die Regelleistungsvolumina am 1. April 2005 war für die Zeit ab 1. April 2005 auch nicht mehr nur übergangsweise noch Raum für die regionalen Vereinbarungspartner, Honorarverteilungsregelungen fortzuführen, die nicht zumindest eine deutliche Arztgruppenspezifität bei der Festlegung der abrechenbaren Menge der vertragsärztlichen Leistungen vorsahen. Hiervon dispensierte auch die Übergangsregelung des Bewertungsausschusses nicht. Anlass, diese weit auszulegen und anzuwenden, besteht mit Blick auf die gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) und den Abschluss des Übergangszeitraums vom 1. Juli 2004 bis zum 31. März 2005 ohne neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab und hiermit parallelierte Vorgaben zu Regelleistungsvolumina ab 1. April 2005 und damit auch im streitbefangenen Quartal III/2005 nicht.

Das damit zur Durchsetzung der gesetzlichen Vorgaben gebotene enge Verständnis der Übergangsregelung des Bewertungsausschusses verlangt nach Auffassung des Senats zumindest Honorarverteilungsregelungen, die schon nach Art von arztgruppenspezifischen Unterscheidungen feste Punktwerte zuweisen, auch wenn sie nicht vollständig den Vorgaben für Regelleistungsvolumina entsprechen, die der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 29. Oktober 2004 formuliert hat. Mit diesem Verständnis sind die durch die vorliegend streitbefangenen Honorarverteilungsregelungen fortgeführten praxisindividuellen Budgets nicht vereinbar. Ein weiteres Verständnis könnte zwar Honorarverteilungsregelungen rechtfertigen, die die mit den Regelleistungsvolumina verfolgten Ziele zu erreichen vermögen. Dies kann den hier streitbefangenen praxisindividuellen Budgets zugebilligt werden. Denn sie bieten eine Kalkulationssicherheit und leisten auch eine Punktwertstabilisierung. Doch hält der Senat es für geboten, nicht nur auf die Ziele der Honorarverteilungsregelungen abzustellen, sondern auch auf die Funktionsweise der Steuerungsmechanismen und ihre Ergebnisse im Einzelnen abzustellen, denn vergleichbar sollen nach der einschränkenden Bedingung der Übergangsregelung des Bewertungsausschusses die Auswirkungen und nicht nur die Ziele sein. Regelleistungsvolumina wirken aber anders als praxisbezogene Regelversorgungsvolumina und wirkt sich dies aus. Denn insbesondere leistet die Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina aufgrund des praxisindividuellen Ansatzes keine Anknüpfung an das typische Leistungsgeschehen innerhalb einer Arztgruppe als Honorarverteilungsmaßstab, keinen festen Punktwert als Honorarverteilungsergebnis und auch keine Vergütung überschreitender Leistungsmengen. Dies aber fordern die Vorgaben des [§ 85 Abs. 4](#)

[SGB V](#), denn mit den Regelleistungsvolumina ist eine Anknüpfung an das typische Leistungsgeschehen innerhalb einer Arztgruppe, ein fester Punktwert und die abgestaffelte Vergütung überschreitender Leistungsmengen vorgesehen. Eine hiervon absehende, vor der Vereinbarung von Regelleistungsvolumina noch laufende Beobachtungsfrist, wie sich der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab auswirken werde, sah das Gesetz nicht vor und hat auch der Bewertungsausschuss den Vereinbarungspartnern in seiner Übergangsregelung nicht eingeräumt.

Hiervon ausgehend hat die Beklagte das Honorar für das streitbefangene Quartal III/2005 auf geänderter Grundlage der Honorarverteilung neu zu berechnen und die Klägerin neu zu bescheiden. Sie hat dabei der Honorarverteilung einen Steuerungsmechanismus zugrunde zu legen, der den gesetzlichen Vorgaben in [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) und deren Konkretisierungen in dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 in Teil III Nr. 3 entspricht.

Dem Senat ist bewusst, dass die hiermit verbundene schwierige Aufgabe der Beklagten dadurch verschärft wird, dass die Übergangsregelung des Bewertungsausschusses mehrfach verlängert worden ist (bis zum 31. Dezember 2008, vgl. BSG 3.2.2010 - [B 6 KA 31/08 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 53, Rn. 13) und in Hamburg gestützt hierauf die praxisindividuellen Budgets weiterhin Anwendung fanden. Dazu sind nach Angaben der Beklagten im Termin vor dem Senat noch ca. 6.000 offene Widerspruchsverfahren bei ihr anhängig. Dies rechtfertigt jedoch keine andere rechtliche Bewertung.

Dem Beweisantrag der Klägerin war nicht zu entsprechen. Denn nach dem Vorstehenden ist der dem Honorarbescheid für das Quartal III/2005 zugrunde liegende Verteilungsmaßstab rechtswidrig und die Klägerin auf geänderter Grundlage der Honorarverteilung neu zu bescheiden. Auf den von der Klägerin gestellten Beweisantrag, der sich auf Einzelheiten dieses ohnehin rechtswidrigen Verteilungsmaßstabes bezieht, kommt es daher nicht mehr entscheidend an.

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

Die Revision war zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2012-02-09