

L 1 KA 57/09

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 27 KA 163/06
Datum
26.01.2012
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KA 57/09
Datum
26.01.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin werden das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 24. Juni 2009 und der Bescheid der Beklagten vom 7. Dezember 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. April 2006 sowie der Bescheid der Beklagten vom 28. Februar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Januar 2007 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, über das Honorar der Klägerin für das Quartal II/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 II/2005, in diesem Zusammenhang auch nach Erweiterung des praxisbezogenen Regelversorgungsvolumens (pRVV) aus Härtefallgründen, und in diesem Rahmen jeweils ihr Anspruch auf Neuberechnung. 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 Fachärztin für Plastische Chirurgie und Chirurgie. Sie führt die Zusatzbezeichnung Handchirurgie. Die Klägerin nimmt seit 1. Februar 2001 im Bezirk der Beklagten mit einer Zulassung als Plastische Chirurgin mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie an der vertragsärztlichen Versorgung unter der Praxisanschrift H. Ring teil. In dem streitbefangenen Quartal waren neben ihr sechs weitere Plastische Chirurgen zugelassen. Bis einschließlich des Quartals I/2005 erfolgte ihre Vergütung unbudgetiert auf der Grundlage des sog. floatenden Punktwertes für sog. sonstige Arztgruppen. Ab dem Quartal II/2005 wurden Plastische Chirurgen in einem gemeinsamen, budgetierten Honorarkontingent mit Chirurgen, Neurochirurgen sowie Kinderchirurgen zusammengefasst. Dieser Wechsel stand im Zusammenhang damit, die Leistungen für ambulantes Operieren ab dem Quartal II/2005 aus dem Bereich der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina herauszunehmen und diese aus einem gesonderten Honorartopf zu vergüten.

Nachdem der Klägerin durch Schreiben der Beklagten vom 7. Juni 2006 mitgeteilt worden war, dass ihr ab dem Quartal II/2005 ein praxisbezogenes Regelversorgungsvolumen zugeteilt werde, beantragte sie mit Schreiben vom 14. Juni 2005 bei der Beklagten eine Erweiterung ihrer praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina ab dem Quartal II/2005, weil das Vergleichsquartal II/2004 erst ihr 13. vollständiges Quartal gewesen sei und sie zudem unter den nur sechs oder sieben niedergelassenen Plastischen Chirurgen die einzige Handchirurgin sei.

Ausweislich des Honorarbescheides vom 7. Dezember 2005 für das Quartal II/2005 honorierte die Beklagte die Leistungen der Klägerin mit 210.768,8 abzurechnenden Punkten und einem durchschnittlichen arztindividuellen Punktwert von 4,0 Euro-Cent. Das Honorar betrug 21.032,75 EUR und der Umsatz 15.412,85 EUR. Der Fallwert betrug 66,43 EUR, die Fallzahl 232 und der Leistungsbedarf in Punkten 385.465,5. Das praxisbezogene Regelversorgungsvolumen betrug 209.742,6 Punkte; das arztgruppendurchschnittliche Regelversorgungsvolumen (aRVV) betrug 210.768,8 Punkte.

Mit ihrem hiergegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin unter anderem geltend, das ihr zugewiesene praxisbezogene Regelversorgungsvolumen beruhe auf einer Durchschnittsbildung, die sich lediglich auf sieben Praxen beziehe, die zudem zum großen Teil nur eine sehr kleine Anzahl von Kassenpatienten versorgten. Sie selbst aber versorge mit ihrem Schwerpunkt der Handchirurgie sehr viel mehr Kassenpatienten und sei dies eine Praxisbesonderheit. Außerdem befinde sich ihre Praxis noch im Wachstum, da sie erst seit 2001 niedergelassen sei. Im Übrigen verwies sie auf ihren Antrag vom 14. Juni 2005.

Die Beklagte lehnte den Antrag auf Erweiterung der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina durch Bescheid vom 28. Februar 2006 ab, weil Härtefallgründe im Sinne der Nr. 3 Buchstabe g der Anlage B zum Verteilungsmaßstab (VM) nicht vorlägen. Denn weder lägen angezeigte Abwesenheiten von der Praxis im Vergleichsquartal von mehr als vier Wochen vor, noch bestünden Anhaltspunkte für eine Gefährdung der Sicherstellung der Versorgung. Zudem besäßen neben der Klägerin drei weitere Ärzte der Fachgruppe die Zusatzbezeichnung Handchirurgie. Auch seien die Leistungen des ambulanten Operierens im Quartal II/2005 nicht Bestandteil des praxisbezogenen Regelversorgungsvolumens.

Mit ihrem hiergegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin unter anderem geltend, sie sei als sog. junge Praxis zu behandeln. Entscheidend sei jedoch die unzutreffende Berechnung des arztgruppendurchschnittlichen Regelversorgungsvolumens. Die zugrunde liegende Zahlenbasis sei winzig und ermögliche keine statistisch relevanten Aussagen. Zudem seien die ohnehin nur sieben Praxen zur Hälfte Jungpraxen. Sie beantrage die Zuweisung zumindest der Hälfte dessen, was den Chirurgen zugestanden werde oder aber die Einbeziehung der Plastischen Chirurgen als Untergruppe in die Gruppe der Chirurgen.

Die Beklagte wies den Widerspruch gegen den Honorarbescheid durch Widerspruchsbescheid vom 5. April 2006 zurück. Die Honorarabrechnung sei nach den gültigen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und des Verteilungsmaßstabes durchgeführt worden, die jeweils ordnungsgemäß zustande gekommen und verbindlich seien. Von diesen Bestimmungen könne nicht abgewichen werden. Der Antrag auf Erweiterung der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina sei durch Bescheid vom 28. Februar 2006 zurückgewiesen worden.

Den Widerspruch gegen den Bescheid vom 28. Februar 2006 wies die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 10. Januar 2007 zurück. Die Bestimmungen des Verteilungsmaßstabes seien für die Beklagte verbindlich und von ihr sachgerecht angewandt worden. Es bestehe kein Anspruch auf Erhöhung der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina nach Nr. 3 Buchstabe g der Anlage B zum Verteilungsmaßstab, weil die dort geregelten Voraussetzungen nicht vorlägen. Auch bestehe kein Anspruch auf fallbezogene Zusatzvolumina nach Nr. 3 Buchstabe c der Anlage B zum Verteilungsmaßstab, denn die Praxis der Klägerin sei keine sog. kleine Praxis, da das jeweilige praxisbezogene Regelversorgungsvolumen nicht kleiner als das arztgruppendurchschnittliche Regelversorgungsvolumen sei. Die Berechnung des arztgruppendurchschnittlichen Regelversorgungsvolumens nach Nr. 3 Buchstabe a der Anlage B zum Verteilungsmaßstab sei rechtmäßig. Insbesondere sei von den insgesamt sieben Praxen der Fachgruppe nur die der Klägerin eine sog. junge Praxis gewesen und bestünden deshalb keine Anhaltspunkte für die Verpflichtung, eine andere Berechnung der arztgruppendurchschnittlichen Regelversorgungsvolumina der Fachgruppe vorzunehmen. Im Übrigen seien die praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina der Klägerin auf der Grundlage ihrer eigenen Abrechnungen errechnet und lägen zudem über dem Durchschnitt der Fachgruppe. Das arztgruppendurchschnittliche Regelversorgungsvolumen habe deshalb für sie keine Begrenzung dargestellt. Andere Möglichkeiten einer Sonderregelung sehe der Verteilungsmaßstab nicht vor und würde die von der Klägerin begehrte Regelung zu Verwerfungen zulasten einer anderen Fachgruppe führen. Dieser Widerspruchsbescheid ändere die Grundlagen des Widerspruchsbescheides zu dem Quartal II/2005 und werde gemäß § 96 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zum Gegenstand des Klageverfahrens [S 27 KA 163/06](#) gemacht.

Gegen den Widerspruchsbescheid vom 5. April 2006 hat die Klägerin fristgerecht Klage erhoben und mit ihr unter Einbeziehung auch des Widerspruchsbescheides vom 10. Januar 2007 höheres Honorar unbudgetiert bis zum Fachgruppenschnitt der Chirurgen, hilfsweise einen 10%igen Zuwachs bis zu diesem Schnitt, und die Erweiterung des praxisbezogenen Regelversorgungsvolumens bis zum Fachgruppenschnitt der Chirurgen, zumindest aber für die handchirurgischen Fälle in Gestalt einer unbudgetierten Vergütung begehrt. Zur Begründung hat sie unter anderem vorgetragen, die Bildung einer Arztgruppe nur für die Plastischen Chirurgen sei fehlerhaft und verstoße gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die dem arztgruppendurchschnittlichen Regelversorgungsvolumen zugrunde liegende Durchschnittsbildung sei wegen der verschwindend geringen Zahl Plastischer Chirurgen nicht repräsentativ und verzerrt und führe zu unrichtigen Ergebnissen. Auch habe die Beklagte nicht ausreichend berücksichtigt, dass es sich bei der Klägerin um eine sog. junge Praxis gehandelt habe und dass das arztgruppendurchschnittliche Regelversorgungsvolumen der nicht signifikanten Gruppe der Plastischen Chirurgen so gering gewesen sei, dass ihr hierüber eine ausreichende Zuwachsmöglichkeit nicht eröffnet gewesen sei. Zudem sei ihr handchirurgischer Schwerpunkt nicht hinreichend berücksichtigt worden.

Die Beklagte hat zugestanden, dass die Vergütung der Leistungen für ambulantes Operieren außerhalb des Bereichs der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina mit sog. floatendem Punktwert und die Zuweisung eines die Vergütung begrenzenden Individualbudgets im Rahmen der Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina bei der Klägerin zu einer Vergütungshöhe geführt habe, die unter ihrer bisherigen durchschnittlichen Vergütungshöhe liege. Doch halte sich die ab dem Quartal II/2005 geltende, geänderte Honorarverteilung in den Grenzen des der Beklagten gestatteten Gestaltungsspielraumes.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 24. Juni 2009 abgewiesen. Es sei nicht zu beanstanden, dass die Beklagte eine Erweiterung des praxisbezogenen Regelversorgungsvolumens der Klägerin nach der Härtefallregelung der Anlage B des Verteilungsmaßstabes abgelehnt habe. Denn ein Härtefall nach der ersten Alternative dieser Regelung etwa wegen umfangreicherer angezeigter Abwesenheitszeiten im Vergleichszeitraum sei nicht zu erkennen, und auch die zweite Alternative einer abweichenden Berechnung aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung sei von der Beklagten nicht zu Unrecht verneint worden, denn ein Sicherstellungsproblem sei weder aus dem Vorbringen der Klägerin noch sonst für das Gericht zu erkennen. Problematisch sei nur die Bildung des arztgruppendurchschnittlichen Regelversorgungsvolumens, doch sei dies rechtlich nicht ein Problem der Größe des praxisbezogenen Regelversorgungsvolumens der Klägerin, sondern könne dies nur die Rechtmäßigkeit ihrer Honorarabrechnung berühren. Dennoch sei die Honorarabrechnung für das Quartal II/2005 nicht zu beanstanden. Dass diese nicht den Vorschriften des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und des Verteilungsmaßstabes entspreche, sei weder geltend gemacht noch sonst zu erkennen. Auch die Zugrundelegung des arztgruppendurchschnittlichen Regelversorgungsvolumens der sehr kleinen Gruppe der Plastischen Chirurgen sei nicht von vornherein rechtswidrig gewesen; denn diese unterschieden sich in ihren Fallzahlen und Leistungsbedarfen mit nur jeweils einem Bruchteil derjenigen der Chirurgen so deutlich von diesen, dass jedenfalls der Versuch einer trotz ihrer kleinen Größe eigenen Gruppe nicht von vornherein zu unangemessenen Ergebnissen habe führen müssen. Eine andere Beurteilung folge für den Fall der Klägerin auch nicht daraus, dass sie die Zusatzbezeichnung Handchirurgie führe. Denn damit sei sie zum einen nicht die einzige in der Gruppe der Plastischen Chirurgen, zum anderen unterscheide sie sich in ihren Fallzahlen und Leistungsbedarfen von der Gruppe der Chirurgen immer noch deutlich stärker als von der übrigen Plastischen Chirurgen. Doch habe die aus der Kleinheit der Gruppe resultierende Problematik zu einer verstärkten

Beobachtungspflicht der Beklagten geführt, jedoch für das Quartal II/2005 noch keine Korrekturen geboten. Denn zwar hätten sich in diesem Quartal hinsichtlich der Bildung der arztgruppendurchschnittlichen Regelversorgungsvolumina Verschiebungen angedeutet, die ohne eine andere Erklärung als Zufälligkeiten nicht ohne Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit korrekturlos hätten beibehalten werden können. Doch sei hierüber nicht jetzt vom Gericht zu entscheiden, sondern habe dies die Beklagte in Wahrnehmung ihrer verstärkten Beobachtungspflicht im Anschluss an das streitbefangene Quartal prüfen und umsetzen müssen. Für die Rechtmäßigkeit der angefochtenen Honorarabrechnung bleibe im Übrigen die Ertragsituation der klägerischen Praxis unbeachtlich. Für eine etwa verfassungsrechtlich für die Honorarverteilung relevante Benachteiligung der Arztgruppe der Klägerin gebe es keine ernsthaften Anhaltspunkte.

Gegen das am 21. Juli 2009 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 20. August 2008 Berufung eingelegt. Mit dieser hat sie unter anderem vorgetragen, die Honorarverteilung der Beklagten sei fehlerhaft und die Klägerin dadurch in ihren Rechten verletzt. Dies betreffe insbesondere die Fortführung der fehlerhaft gebildeten praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina als Individualbudgets entgegen der die Festlegung von Regelleistungsvolumina vorgebenden gesetzlichen Regelung, die isolierte Bildung der Arztgruppe der Plastischen Chirurgie sowie die daraus resultierende unzureichende Zuwachsmöglichkeit für die klägerische Anfängerpraxis. Die gesetzlichen Vorgaben habe schon der Bewertungsausschuss (Beschluss der 93. Sitzung vom 29. Oktober 2004) nicht richtig umgesetzt, der hier angefochtene Verteilungsmaßstab löse sich zudem weiter auch von diesen Vorgaben und limitiere die Praxen auf ihre eigenen Vorjahres- und Vorvorjahreswerte. Er sei bereits deshalb rechtswidrig und werde diese Auffassung durch die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bestätigt. Denn weder habe der streitbefangene Verteilungsmaßstab arztgruppenspezifische Grenzwerte festgelegt, bis zu denen Leistungen mit festen Punktwerte zu vergüten seien, noch würden die über die Grenzwerte hinausgehenden Punkte vergütet. Der Verteilungsmaßstab begrenze vielmehr mit seinen praxisindividuellen Punktzahlobergrenzen die Praxen faktisch auf ihre alten Abrechnungsergebnisse, sei dies in seinen Auswirkungen nicht mit den vom Gesetz vorgesehenen arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumina vergleichbar und sei dies umso mehr problematisch, als es sich bei der klägerischen Praxis um eine junge, neu gegründete Praxis gehandelt habe. In rechtswidriger Weise abgelehnt worden sei aber der Antrag der Klägerin auf Budgetanpassung aus Härtefall- und Sicherstellungsgesichtspunkten. Aus ihrem Tätigwerden im Rahmen ihres handchirurgischen Schwerpunktes resultiere eine größere Punktzahlmenge je Fall. Es treffe auch nicht zu, dass alle handchirurgischen Leistungen im Rahmen des ambulanten Operierens unbudgetiert vergütet würden.

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. Juni 2009 und den Bescheid der Beklagten vom 7. Dezember 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. April 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 28. Februar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Januar 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über das Honorar für das Quartal II/2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat entgegnet, sowohl der vereinbarte Verteilungsmaßstab als auch der Beschluss des Bewertungsausschusses auf seiner 93. Sitzung vom 29. Oktober 2004 seien rechtmäßig. Der Bewertungsausschuss habe insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Übergangsbestimmung in Ziffer III Nr. 2.2 die Option einräumen dürfen, bereits in den Honorarverteilungsverträgen bestehende Steuerungsinstrumente, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung vergleichbar gewesen seien, über den 1. April 2005 hinaus fortzuführen. Das Bundessozialgericht habe die Ermächtigungskonformität dieser Übergangsregelung bestätigt. Von dieser habe die Beklagte durch Fortführung der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina Gebrauch gemacht und habe der Verteilungsmaßstab der Beklagten den Anforderungen der Übergangsregelung des Bewertungsausschusses, die die Aussetzung der Anwendung von Regelleistungsvolumina und die Fortführung der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina rechtfertige, auch entsprochen. Maßgebliches Steuerungsinstrument des Verteilungsmaßstabes seien die praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina und deren Grundlage der anerkannte und begrenzte Leistungsbedarf in Punkten des jeweiligen Vergleichs quartals gewesen. Innerhalb des praxisbezogenen Regelversorgungsvolumens habe ein Zielpunktwert von 4,65 EUR-Cent gezahlt werden können. Bei Abrechnung eines dem praxisbezogenen Regelversorgungsvolumen entsprechenden Punktzahlvolumens habe der Arzt das gesamte Volumen zum festen Punktwert ausgezahlt erhalten. Habe er mehr Punkte abgerechnet, seien darüber hinausgehende Anforderungen nicht mehr gesondert honoriert worden. Habe er sein praxisbezogenes Regelversorgungsvolumens unterschritten, sei entsprechend weniger honoriert worden. Damit sei die Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina in ihren Auswirkungen mit den Regelleistungsvolumina vergleichbar, denn es habe sich um Regelungen gehandelt, die den Charakter von Honorarbegrenzungsmaßnahmen hätten und damit sowohl der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung getragen als auch den ökonomischen Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge verringert hätten. Auch hätten diese Regelungen wie Regelleistungsvolumina dem Vertragsarzt Kalkulationssicherheit bei der Vergütung seiner Leistung innerhalb seines praxisbezogenen Regelversorgungsvolumens gewährleistet. Die Fortführung der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina sei daher rechtmäßig gewesen. Rechtmäßig sei auch die Bildung des arztgruppendurchschnittlichen Regelversorgungsvolumens durch den Verteilungsmaßstab für die Fachgruppe der Plastischen Chirurgen, für die seit dem Quartal II/2005 die Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina Anwendung gefunden habe. Eine Reaktionspflicht der Beklagten habe nicht bestanden, nachdem die Plastischen Chirurgen erst zum Quartal II/2005 auf eine budgetierte Vergütung umgestellt worden seien. Sonderregelungen könne die Klägerin nicht für sich in Anspruch nehmen.

Die nach [§ 75 Abs. 1 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 Akte des Sozial- und Landessozialgerichts Hamburg zum Aktenzeichen [S 27 KA 279/06](#) = [L 1 KA 58/09](#) mit Akte der Beklagten 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 II/2005 beanspruchen.

Die hier angefochtenen Bescheide entsprechen dem für das streitbefangene Quartal anzuwendenden Verteilungsmaßstab und setzen 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, weil ihnen die Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina zugrunde lag, die ab dem und damit auch im Quartal II/2005 selbst auch unter Berücksichtigung der Übergangsregelung des Bewertungsausschusses mit den gesetzlichen Vorgaben nicht vereinbar war, wie der Senat durch Urteil vom heutigen Tag bereits im Verfahren [L 1 KA 23/09](#) entschieden hat.

[§ 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 H1 die Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina über den 1. April 2005 hinaus fortgeführt worden. Im streitbefangenen Quartal II/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 Chirurgen, Neurochirurgen, Plastische Chirurgen und Kinderchirurgen 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 Vergleichs quartale 1/04 bis 4/04 über alle Kassenarten festgestellt. Unterschreitet die Fallzahl im Abrechnungsquartal die Fallzahl des entsprechenden Vergleichs quartals 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 Honorarkontingentgruppe 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 Punktwerts. Hieran ändert nichts, dass sich nicht auch für die Klägerin diese Fortschreibung als Fortführung bisheriger Steuerungsmechanismen darstellte, weil ihre Arztgruppe erst zum Quartal II/2005 in die Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumen einbezogen worden war. Entscheidend ist im vorliegenden Zusammenhang allein, ob die Struktur der Honorarverteilungssystematik fortgeführt wurde. Insoweit aber blieben die maßgeblichen Honorarverteilungsregelungen unverändert.

Diese Honorarverteilungsregelungen des Quartals II/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 unverträglich 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 Honorierungsumfanges 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 H2 Verteilungsmaßstabes, die dem angefochtenen Honorarbescheid zugrunde lagen, auch die in der Übergangsregelung des Bewertungsausschusses festgelegten einschränkenden Bedingungen erfüllten, dass bisherige Steuerungsinstrumente fortgeführt werden müssen, 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 II/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 dürften, 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 II/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 H1. 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 anknüpfen, 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 anknüpfen. Denn gefordert war vom Gesetz zum einen die Arztgruppenspezifik 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 Arztgruppenspezifik 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 Arztgruppenspezifik 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 parallelisierte Vorgaben zu Regelleistungsvolumina ab 1. April 2005 und damit auch im streitbefangenen Quartal II/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 II/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. Auch wenn sie hierbei durch eine Nichtaufhebung auch des den Härtefallantrag für das streitbefangene Quartal II/2005 im Rahmen der Systematik der praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina ablehnenden Bescheides vom 28. Februar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Januar 2007 in ihrer Freiheit zur Neubescheidung nicht begrenzt wäre, waren auch diese Bescheide allein aus Klarstellungsgründen aufzugeben, weil sie zum Gegenstand des den Honorarbescheid vom 7. Dezember 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. April 2006 betreffenden Klageverfahrens geworden waren. Eine Aufhebung auch dieser und nicht nur jener Bescheide war wegen dieser prozessualen Verbindung angezeigt, weil die zum Gegenstand des Streits um die Honorarabrechnung gemachte Ablehnung des Härtefallantrags gegenstandslos geworden ist dadurch, dass nach der vorliegenden Entscheidung über den Honoraranspruch der Klägerin aufgrund geänderter Honorarverteilungsregelungen neu zu entscheiden sein wird.

Dem Senat ist bewusst, dass die mit der Neubescheidung verbundene schwierige Aufgabe der Beklagten verschärft dadurch 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 H1 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 II/2005 sowie dem Ablehnungsbescheid auf den Honorarerweiterungsantrag für dieses Quartal 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

2012-02-13