



Sozialgericht Hannover

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

Verkündet am: 21. September 2016

S 61 KA 801/12

A., Justizfachangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

1. Dr. B.
2. Dr. C.

- Kläger -

Prozessbevollmächtigte:

zu 1-2: Rechtsanwälte D.

gegen

E.

- Beklagte -

beigeladen:

1. F.
2. G.

hat die 61. Kammer des Sozialgerichts Hannover auf die mündliche Verhandlung vom 21. September 2016 durch die Vorsitzende, Richterin am Sozialgericht Dr. H. sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. I. und Dr. J. für Recht erkannt:

Die Honorarbescheide der Beklagten betreffend die Quartale 2/2011 bis 4/2011 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 12. November 2012 werden aufgehoben, soweit nicht Honorar gewährt wurde.

Die Beklagte wird verpflichtet, insoweit über die Widersprüche der Kläger erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Kläger und Beklagte tragen die Kosten des Rechtsstreits je zur Hälfte.

Die Beigeladenen tragen ihre Kosten selbst.

Tatbestand

Die Kläger nehmen als Fachärzte für Urologie in K. (L.) an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Sie wenden sich gegen eine ihrer Ansicht nach zu niedrige Bewertung der urologischen Grundpauschalen nach den EBM-Ziffern 26211 und 26212 in den Honorarbescheiden für die Quartale 3/2010 bis 4/2011.

Ihre Widersprüche gegen die genannten Honorarbescheide begründeten die Kläger im Wesentlichen damit, dass die Absenkung der Bewertungen der urologischen Grundpauschalen mit Wirkung zum 1. Juli 2010 um 20 bzw. 95 Punkte rechtswidrig sei. Die Absenkung habe auf der Einführung der Ziffer 26315 EBM beruht. Die Änderungen seien auf der Grundlage einer fehlerhaften Datengrundlage erfolgt. Diese Fehlerhaftigkeit sei inzwischen auch erkannt worden, weswegen der Erweiterte Bewertungsausschuss eine Anhebung der Grundpauschalen beschlossen habe, die aber erst zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten sei. Bereits im Mai 2010 sei gegenüber der Beigeladenen zu 1) die Fehlerhaftigkeit der Datengrundlage gerügt worden. Der Bewertungsausschuss habe aber nicht reagiert. Der EBM habe aufgrund der Untätigkeit des Bewertungsausschusses - letztlich bewusst - für den streitigen Zeitraum eine fehlerhafte Bewertung der urologischen Grundpauschalen enthalten.

Soweit die Kläger ihre Widersprüche unter weiteren tatsächlichen und rechtlichen Aspekten begründeten - unter anderem damit, dass der in der Onkologievereinbarung geregelte „Nebeneinanderabrechnungsausschluss“ der Ziffern 26315 und der Kostenpauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung rechtswidrig sei -, wurden die Widerspruchsverfahren im Hinblick auf ein Musterverfahren ruhend gestellt. Diese Fragen sind nicht Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits.

Die Beklagte wies die Widersprüche mit quartalsweise verfassten, im Wesentlichen gleichlautenden Widerspruchsbescheiden vom 12. November 2012 zurück.

Sie legte dar, wie die streitigen Ziffern in verschiedenen Zeiträumen bewertet worden seien:

	<u>Ziffer 26211:</u>	<u>Ziffer 26212:</u>
01.01.2008 bis 30.06.2010:	485 Punkte	605 Punkte
01.07.2010 bis 31.12.2011:	465 Punkte	510 Punkte
seit 01.01.2012:	470 Punkte	560 Punkte

Nach Auffassung der Beklagten sind die Bewertungen auch im streitigen Zeitraum vom 1. Juli 2010 bis 31. Dezember 2011 rechtmäßig gewesen. Dem Bewertungsausschuss stehe ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Im Rahmen dieses Spielraums sei im EBM 2008 die onkolo-

gische Zusatzpauschale der Ziffer 26315 aufgenommen worden. Dabei sei festgelegt worden, dass der für die onkologischen Zusatzpauschalen resultierende Leistungsbedarf auf Grundlage der sich ergebenden Abrechnungshäufigkeiten aus den Bewertungen der korrespondierenden Grundpauschalen bereinigt werde, was mit Wirkung zum 1. Juli 2010 auf Basis der Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2008 umgesetzt worden sei. Dies habe zunächst zu einer Absenkung der Grundpauschalen geführt. Nach Abschluss der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten zum 1. Oktober 2009 (Onkologie-Vereinbarung, Anlage 7 BMV-Ä) sei es aufgrund des dort enthaltenen „Nebeneinanderberechnungsausschlusses“ der Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung neben der onkologischen Zusatzpauschale des EBM im Jahr 2010 insbesondere im Bereich der Urologie zu einem Rücklauf der Häufigkeiten der Onkologie-Zusatzpauschalen des EBM gekommen. Nach Kenntniserlangung dieses Umstandes habe der Bewertungsausschuss reagiert und die Bewertung u. a. der Ziffern 26211 und 26212 EBM durch Beschluss in der 262. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2012 erhöht.

Gegen diese Widerspruchsbescheide wenden sich die Kläger mit ihrer am 12. Dezember 2012 erhobenen Klage.

Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Beschlussfassung zur Absenkung der Bewertungen der Ziffern 26211 und 26212 vom März 2010 auf den Abrechnungszahlen des Jahres 2008 oder des ersten Halbjahres 2009, nicht aber auf jüngeren Daten beruht habe. Zum 1. Oktober 2009 sei aber die „neue“ Onkologie-Vereinbarung in Kraft getreten, nach der die dort vorgesehenen Kostenpauschalen neben der onkologischen Zusatzpauschale nach der EBM-Ziffer 26315 nicht berechnungsfähig gewesen seien. Dieser Abrechnungsausschluss habe geradezu notwendigerweise dazu geführt, dass die Berechnungshäufigkeit der EBM-Ziffer 26315 ab dem 1. Oktober 2009 erheblich abgenommen habe. Der Bewertungsausschuss habe aber die Änderung der Abrechnungsbestimmungen in der Onkologie-Vereinbarung und die sich daraus ergebenden Effekte bei der Absenkung der Grundpauschalen nicht berücksichtigt. Von Seiten des Berufsverbandes der Deutschen Urologen sei die Beigeladene zu 1) in Person des Herrn Dr. M. bereits im Mai 2010 über dieses Versäumnis informiert worden. Erst ein Jahr nach dem erstmaligen Hinweis auf den Fehler bei der Berechnung der Bereinigung habe Herr Dr. M. dann mit Schreiben vom 26. Mai 2011 mitgeteilt, dass sich bestätigt habe, dass die Abrechnungshäufigkeit der Onkologiepauschalen mit der Neufassung der Onkologie-Vereinbarung abgenommen habe. Der Bewertungsausschuss habe daraufhin die Bewertung der EBM-Ziffern 26211 und 26212 um 5 bzw. 50 Punkte mit Wirkung zum 1. Januar 2012 erhöht. Die Fehlerhaftigkeit der Bewertung der urologischen Grundpauschalen für den streitgegenständlichen Zeitraum sei nicht hinnehmbar. Der Bewertungsausschuss habe die zu erwartende Veränderung in der Abrechnungsfrequenz schlicht übersehen.

Die Kläger beantragen,

die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale 3/2010 bis 4/2011 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 12. November 2012 aufzuheben, soweit nicht Honorar gewährt wurde, und die Beklagte zu verpflichten, die Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, dass die Neubewertung der Ziffern 26211 und 26212 mit Wirkung zum 1. Juli 2010 rechtmäßig sei. Im Rahmen seiner Gestaltungsfreiheit habe der (Erweiterte) Bewertungsausschuss am 1. Januar 2008 die Ziffer 26315 aufgenommen und dabei festgelegt, dass diese aus den Bewertungen der Grundpauschalen zu finanzieren sei. Diese Bereinigung sei mit Wirkung zum 1. Juli 2010 auf der Basis der Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2008 umgesetzt worden und ausgehend von den regionalen Onkologie-Vereinbarungen, die mit den einzelnen Krankenkassenverbänden in der Vergangenheit vereinbart gewesen seien, erfolgt. Diese alten Vereinbarungen hätten es den Ärzten erlaubt, die Zusatzpauschale neben den Kostenpauschalen abzurechnen.

Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung für die Änderung zum 1. Juli 2010 sei eine Beurteilung auf der Grundlage der Daten des Jahres 2008 erfolgt. Verlässliche Erkenntnisse, wie sich die ab dem 4. Quartal 2009 bundesweit geltende Regelung der Onkologie-Vereinbarung auf die Abrechnungshäufigkeit der onkologischen Zusatzpauschale auswirken könnten, hätten im Zeitpunkt der Beschlussfassung im März 2010 noch nicht vorgelegen. Nach Vorliegen aktueller Abrechnungsdaten habe der Bewertungsausschuss eine korrigierende Anpassung in Form einer Höherbewertung der Grundpauschalen beschlossen. Im Übrigen seien die Vorgaben des Bewertungsausschusses für die Beklagte bindend.

Die Beigeladene zu 1) hat keinen Antrag gestellt und schließt sich den Ausführungen des Beigeladenen zu 2) an.

Der Beigeladene zu 2) hat ebenfalls keinen Antrag gestellt und weist darauf hin, dass zum Januar 2008 für alle Arztgruppen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen gebildet worden seien. In diese Pauschalen seien verschiedene bis dahin bestehende Einzelleistungen eingegangen. Um dennoch den erhöhten Aufwand für onkologische Patienten abbilden zu können, habe sich der Bewertungsausschuss dazu entschlossen, die onkologischen Zusatzpauschalen aufzunehmen. Sie hätten aus einer Bereinigung der jeweiligen Grundpauschalen, also durch eine Umverteilung der arztgruppenspezifischen Bewertungen, finanziert werden sollen. Eine zusätzliche Bereitstellung von Geldern der Krankenkassen sei ausgeschlossen gewesen. Da die Abrechnungshäufigkeit der neu eingeführten GOP 26315 zum

Zeitpunkt des Beschlusses nicht habe prognostiziert werden können, sei diese Leistung zunächst zusätzlich eingeführt worden mit dem Ziel, die Grundpauschalen zu einem späteren Zeitpunkt, nach Vorliegen der entsprechenden Abrechnungsdaten, zu korrigieren. Diese Korrektur sei zum 1. Juli 2010 auf Basis der zum Zeitpunkt der Beschlussfassung am 26. März 2010 vorliegenden Abrechnungsdaten des Jahres 2008 nach einjähriger Laufzeit des neuen EBM vorgenommen worden.

Zum 4. Quartal 2009 sei die bundesweit geltende Onkologie-Vereinbarung in Kraft getreten, die für die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Fachärzte einen Abrechnungsausschluss der jeweiligen arztgruppenspezifischen onkologischen Zusatzpauschale des EBM neben den Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung vorgesehen habe. In Folge dessen hätten durch die zunehmende Teilnahme der „Organ-Onkologen“ (z. B. Gynäkologen, Urologen, Hautärzte) an der Onkologie-Vereinbarung die Abrechnungshäufigkeiten der onkologischen Zusatzpauschale (Ziffer 26315) abgenommen und gleichzeitig die der Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung zugenommen. So habe dann eine Überbereinigung der onkologischen Zusatzpauschale vorgelegen. Dies habe der Bewertungsausschuss mit Beschluss vom 31. August 2011 mit Wirkung zum 1. Januar 2012 durch eine leicht höhere Bewertung der Grundpauschalen korrigiert, um so die rückläufigen Abrechnungshäufigkeiten der onkologischen Zusatzpauschale zu kompensieren.

Diese Vorgehensweise sei nicht zu beanstanden. Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung im März 2010 sei auch aufgrund besonderer Qualifikationserfordernisse nicht sicher absehbar gewesen, wie viele Ärzte tatsächlich an der zum 4. Quartal 2009 in Kraft getretenen neuen Onkologie-Vereinbarung teilnehmen würden.

Wenn die Kläger meinten, der Bewertungsausschuss hätte zum Zeitpunkt der Beschlussfassung im März 2010 zumindest Schätzungen anstellen sollen, um eine Überbereinigung zu vermeiden, so könne dem nicht gefolgt werden. Dem Bewertungsausschuss stehe ein Gestaltungsspielraum zu und allein der Umstand, dass vielleicht andere Regelungen denkbar gewesen seien, führe nicht zur Rechtswidrigkeit der tatsächlich getroffenen Regelung. Im Übrigen hätten auch auf einer Schätzung beruhende Bewertungen wieder die spätere Notwendigkeit einer Korrektur nach sich gezogen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist zum Teil begründet. Die Honorarbescheide für die Quartale 2/2011 bis 4/2011 erweisen sich, soweit sie im vorliegenden Verfahren zur Überprüfung gestellt waren, als rechtswidrig. Dagegen sind die übrigen angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale 3/2010 bis 1/2011 rechtlich nicht zu beanstanden.

Die Honorarbescheide der Beklagten basieren unter anderem auf der Anwendung des EBM. Dessen Bestimmungen sind bei der Beurteilung der Rechtmäßigkeit eines Honorarbescheides inzident zu prüfen (vgl. BSG, Urteil vom 17. Februar 2016 – B 6 KA 47/14 R, Rn. 15).

Die Bewertung der Ziffern 26211 und 26212 erweist sich für alle streitigen Quartale als unzutreffend. Für die Quartale 3/2010 bis 1/2011 ist diese Bewertung aber unter Berücksichtigung des dem Bewertungsausschuss zustehenden Gestaltungsspielraums und trotz der ihm obliegenden Beobachtungs- und Reaktionspflicht hinzunehmen. Dies ergibt sich aus folgenden Überlegungen:

Nach § 87 Abs. 1 SGB V vereinbarten die Beigeladene zu 1) und die Beigeladene zu 2) durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen. Gemäß § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V bestimmt der EBM den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Innerhalb der ihm erteilten Normsetzungsermächtigung verfügt der Bewertungsausschuss über eine weite Gestaltungsfreiheit (vgl. hierzu und zum Folgenden BSG, Urteil vom 10. Dezember 2014 - B 6 KA 12/14 R, Rn. 26). Daher sind die auf der Grundlage des § 87 SGB V von den Bewertungsausschüssen vereinbarten einheitlichen Bewertungsmaßstäbe wegen ihrer spezifischen Struktur und der Art ihres Zustandekommens nur beschränkt der gerichtlichen Überprüfung zugänglich. Das vom Bewertungsausschuss erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. Die gerichtliche Kontrolle im Rahmen von Inzidentprüfungen ist daher im Wesentlichen darauf beschränkt, ob der Ausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgenutzt hat.

Gemessen an diesen Maßstäben war das wertmäßige Verhältnis der Leistungen nach den Ziffern 26211 und 26212 im Verhältnis zur Ziffer 26315 für den gesamten streitigen Zeitraum unzutreffend bestimmt worden, weil der Bewertungsausschuss die dafür von ihm selbst gewählten Kriterien für die Neubewertung der Ziffern – nämlich die Kostenneutralität unter Berücksichtigung des Abrechnungsaufkommens der Ziffer 26315 – nicht ausreichend berücksichtigt hat. Die zum 1. Oktober 2010 in Kraft getretene Onkologie-Vereinbarung hatte Auswirkungen auf die Abrechnungshäufigkeit der Ziffer 26315, die in die Beschlussfassung vom März 2010 mit Wirkung ab dem Quartal 3/2010 nicht mit einbezogen worden waren. Der As-

pekt der Kostenneutralität war daher - entgegen den vom Bewertungsausschuss selbst gefassten Plänen – nicht zutreffend umgesetzt worden

So hat der Bewertungsausschuss mit seinem Beschluss vom März 2010 die Bewertung der Ziffer 26211 ab Juli 2010 um 20 Punkte, die der Ziffer 26212 um 95 Punkte herabgesetzt, um damit einen vermuteten Finanzbedarf bei der Ziffer 26315 auszugleichen. Die Annahme eines zusätzlichen Finanzierungsbedarfs für das Abrechnungsaufkommen der Ziffer 26315 war allerdings vom Umfang her unzutreffend beurteilt worden, denn aufgrund der – zwischen Einführung der Ziffer 26315 und Bewertungsabsenkung der Ziffern 26211 und 26212 erfolgten – Einführung der in der bundeseinheitlichen Onkologie-Vereinbarung vorgesehenen Kostenpauschalen zum 4. Quartal 2009 und des darin ebenfalls geregelten „Nebeneinanderabrechnungsausschlusses“ im Hinblick auf eine gleichzeitige Abrechnung der Kostenpauschalen und der onkologischen Pauschale nach der Ziffer 26315 war absehbar, dass sich das Abrechnungsaufkommen der Ziffer 26315 nicht in dem Maße entwickeln würde, wie es bei Einführung dieser Ziffer vermutet worden war, sondern weniger stark, zumal nach Anhang 2, Teil C der Onkologie-Vereinbarung die Finanzierung der Kostenpauschalen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen erfolgen sollte und die Kostenpauschalen nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen sollten. Die absehbar geringere Steigerung der Abrechnungshäufigkeit der Ziffer 26315 musste dem Bewertungsausschuss zur Zeit der Beschlussfassung über die Absenkung der Bewertung der Ziffern 26211 und 26212 bekannt sein und ist im Übrigen nach dem Vorbringen des Klägers auch gegenüber einem Repräsentanten der Beigeladenen zu 1) im Mai 2010 geäußert worden.

Dennoch war der Bewertungsausschuss nicht verpflichtet, seinen im März 2010 mit Gültigkeit ab Juli 2010 gefassten Beschluss sogleich zu ändern oder gar rückgängig zu machen. Der Bewertungsausschuss durfte nämlich gleichzeitig davon ausgehen, dass die Ziffer 26315 durchaus auch trotz der Einführung der Kostenpauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung noch abgerechnet werden würde und sich eine Fortführung der ursprünglich vorgenommenen Bewertung nicht ohne finanziellen Zusatzbedarf würde realisieren lassen. Dies wird bereits bei näherer Betrachtung der klägerischen Abrechnung selbst deutlich. Aus den Anlagen 1 der streitigen Honorarbescheide ergeben sich nämlich für die streitigen Quartale 3/2010 bis 4/2011 Abrechnungshäufigkeiten für die Ziffer 26315 zwischen 3 (Quartal 2/2011) und 104 (Quartal 1/2011). Somit war es trotz der in der Onkologie-Vereinbarung enthaltenen Regelungen grundsätzlich auch im Frühjahr 2010 noch zutreffend, wenn der Bewertungsausschuss ausgehend von der vereinbarten Grundannahme der Kostenneutralität eine Absenkung der Bewertung der Ziffern 26211 und 26212 anstrebte, um den Finanzierungsbedarf für die Vergütung der Ziffer 26315 sicherzustellen.

Auch das rechtswidrig zu hohe Ausmaß der Absenkung war für einen Übergangszeitraum zunächst hinzunehmen, da der Bewertungsausschuss sich innerhalb seines Gestaltungsspiel-

raums bewegt hat, wenn er keine zuverlässigen Erkenntnisquellen für die Beurteilung des Ausmaßes der Absenkung ab dem 3. Quartal 2010 ausmachen konnte. Die Kammer folgt dabei der von der Beigeladenen zu 2) vorgetragenen Auffassung, wonach das Abrechnungsaufkommen der Kostenpauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung und - wegen des dort vorgesehenen „Nebeneinanderabrechnungsausschlusses“ – damit verbunden das Abrechnungsaufkommen der Ziffer 26315 nicht genau absehbar waren und dementsprechend allenfalls eine Schätzung hätte vorgenommen werden können, die sich ihrerseits im Nachhinein als unzutreffend hätte erweisen können und damit unter Umständen einen erneuten Korrekturbedarf ausgelöst hätte. Im Übrigen ist der Bewertungsausschuss mit der schließlich zum 1. Januar 2012 vorgenommenen Korrektur auch tatsächlich nicht zu der ursprünglich bestehenden Bewertung der Ziffern 26211 und 26212 zurückgekehrt, sondern hat die Ziffer 26211 nach einer Absenkung um zunächst 20 Punkte lediglich um 5 Punkte wieder angehoben und die Ziffer 26212 nach einer Absenkung um 95 Punkte lediglich um 50 Punkte angehoben

Die Kammer sah sich hier auch nicht befugt, eine eigene Beurteilung an die Stelle der Einschätzung des Bewertungsausschusses zu setzen, denn der dem Bewertungsausschuss zustehende Gestaltungsspielraum umfasst nach Auffassung der Kammer in gewissem Rahmen auch die Einschätzung, ab welchem Zeitpunkt verlässliche Aussagen über die Entwicklung des Abrechnungsaufkommens in einem bestimmten Bereich gemacht werden können. Wenn der Bewertungsausschuss also einen gewissen Zeitraum verstreichen ließ, um zunächst das Vorliegen zuverlässiger Abrechnungsdaten abzuwarten, so ist dies grundsätzlich nicht zu beanstanden. Es ist anerkannt, dass unter Umständen für einen Übergangszeitraum auch eine an sich rechtlich problematische Regelung im Rahmen der Leistungsbewertung hingenommen werden muss (BSG, Urteil vom 16. Mai 2001 – B 6 KA 20/00 R, Rn. 39).

Der Gestaltungsspielraum für die Beurteilung der Frage, wann tragfähige Abrechnungsdaten vorlagen, endet vorliegend aber nach Auffassung der Kammer nach dem 3. Quartal des Jahres 2010. Zu diesem Zeitpunkt befand sich die Onkologie-Vereinbarung, die nach ihrem § 11 Abs. 1 zum 4. Quartal 2009 in Kraft getreten war, bereits ein Jahr lang in Geltung. Damit waren vier Abrechnungsquartale mit allen denkbaren - ggf. auch im Rahmen der Onkologie bedeutsamen jahreszeitlichen – Abrechnungsschwankungen abgedeckt. Auch die nach dem Vorbringen der Beigeladenen zu 2) zur Umsetzung der Onkologie-Vereinbarung ggf. notwendigen gesamtvertraglichen Vereinbarungen mussten zu diesem Zeitpunkt vorliegen. Für ein weiteres Zuwarten bestand ab diesem Zeitpunkt keine Rechtfertigung mehr. Bedenkt man, dass die bundesweiten Abrechnungsdaten für das letzte nach Auffassung der Kammer denkbar maßgebliche Quartal 3/2010 im Winter 2010/2011 vorliegen mussten (der entsprechende Honorarbescheid wurde am 13. Januar 2011 an die Kläger abgesandt) und dass noch eine Auswertung und Beschlussfassung erforderlich waren, so ist jedenfalls ab dem 2. Quartal des Jahres 2011 eine Weitergeltung der zu niedrig angesetzten Bewertung der Ziffern 26211 und

26212 auch nicht mehr mit dem Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses zu rechtfertigen, sondern als willkürlich anzusehen. Mit dem Gestaltungsspielraum geht nämlich eine Reaktionspflicht einher. Die normsetzenden vertragsärztlichen Institutionen sind bereits grundsätzlich verpflichtet, die von ihnen getroffenen Bestimmungen laufend zu beobachten. Zeigen sich erhebliche und dauerhafte Veränderungen, die die Berechtigung des bisherigen Regelungssystems in Frage stellen, so sind die Bestimmungen nachzubessern (BSG, Urteil vom 15. Mai 2002 - B 6 KA 33/01 R, Rn. 33). Diese Nachbesserungspflicht besteht erst recht in einem Fall wie dem vorliegenden, wo die Fehlerhaftigkeit der Beurteilung in der Bewertung der streitigen Ziffern von vornherein bestand und nicht erst durch eine nachträgliche Entwicklung ausgelöst wurde. Gegen diese Verpflichtung hat der Bewertungsausschuss durch seine Untätigkeit über das 3. Quartal 2010 hinaus verstoßen.

Dementsprechend mussten die Kläger die Fehlbewertung der Ziffern 26211 und 26212 EBM ab dem Quartal 2/2011 nicht mehr hinnehmen. Die Honorarbescheide für die Quartale 2/2011 bis 4/2011 waren daher aufzuheben und die Beklagte wird die Kläger unter Zugrundelegung der ab dem 1. Januar 2012 geltenden Bewertungen der Ziffern 26211 und 26212 neu zu bescheiden haben. Die weitergehende Klage im Hinblick auf die Honorarbescheide für die Quartale 3/2010 bis 1/2011 konnte dagegen keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 155 Abs. 1 Satz 1 Verwaltungsgerichtsordnung i. V. m. § 197a Sozialgerichtsgesetz.

RECHTSMITTELBELEHRUNG

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Str. 1, 29223 Celle, oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen schriftlich oder in elektronischer Form nach Maßgabe der Niedersächsischen Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in der Justiz vom 21.10.2011 (Nds. GVBl. S. 367) in der jeweils aktuellen Fassung oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Hannover, Leonhardtstraße 15, 30175 Hannover, schriftlich oder in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Hannover, Leonhardtstraße 15, 30175 Hannover, schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt **anstelle** der obengenannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden. Dies gilt nicht bei Einlegung der Berufung in elektronischer Form.

Dr. H.