

S 12 KA 836/05

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 836/05

Datum
02.07.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-

Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Das Anknüpfen an frühere Quartale im Rahmen eines sog. Individualbudgets kann nicht indirekt Fallzahlbegrenzungsmaßnahmen fortführen, die auf von mehr als sechs Jahren zurückliegenden Fallzahlen beruhen. Im Rahmen einer Sonderregelung ist die Fallzahlbegrenzung bei Berechnung des Individualbudgets herauszurechnen.

Die Vielzahl verschiedener zulässiger Vergütungsformen und Honorarbegrenzungsmaßnahmen führt dazu, dass allein die Garantie von Mindestpunktwerten eine annähernd gleichmäßige und leistungsproportionale Honorarverteilung nicht mehr gewährleisten kann. Eine Kassenärztliche Vereinigung ist verpflichtet, bei einem Auseinanderbrechen der durchschnittlichen Nettoerlöse der Fachgruppen von mehr als 15 % steuernd in eine auf einer Fachgruppentopfildung beruhenden Honorarverteilung einzugreifen (Fortführung von BSG, Urt. v. 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#) = [BSGE 83, 1](#) = [NZS 1999, 366](#) = [MedR 2000, 150](#), juris Rdnr. 17 und BSG, Urt. v. 29.08.2007 - [B 6 KA 43/06 R](#) - USK 2007-78, juris Rdnr. 20).

Bemerkung
verb. m. [S 12 KA 495/05](#), 838/05 u. 10/06

1. Unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale I/03 bis I/04 und III und IV/04, abgeändert durch Bescheid vom 18.03.2004, alle in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 06.09.2005, abgeändert durch Bescheid vom 28.09.2005, 09.03.2006 und 09.06.2006 wird die Beklagte verpflichtet, den Kläger über seine Honoraranprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Unter Aufhebung des Bescheids vom 16.12.2004 in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 13.07.2005 wird die Beklagte verpflichtet, den Kläger über seinen Antrag vom 30.08.2004 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

3. Der Beklagte trägt die notwendigen Verfahrenskosten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars in den sieben Quartalen I/03 bis IV/04 mit Ausnahme des Quartals II/04 sowie um eine Sonderregelung bei der Honorarverteilung für das Quartal I/04.

Der Kläger ist als Neurologe und Psychiater mit Praxissitz in XY-Stadt zur vertragsärztlichen Behandlung seit dem 01.07.1995 zugelassen.

Gegen die Honorarbescheide aller streitbefangenen Quartale legte der Kläger jeweils Widerspruch ein.

Für die Quartale I und II/03 nahm die Beklagte eine Neuberechnung für alle Ärzte der Honorargruppe des Klägers vor. Unter Datum vom 16.02.2004 führte sie hierzu aus, aufgrund verschiedener Hinweise in einem Gespräch mit Vertretern der Berufsverbände habe man eine Analyse der Abrechnungsergebnisse vorgenommen. Neben verschiedenen negativen Einflüssen bei der Punktwertermittlung habe man einen Fehler festgestellt. Ab Oktober 2002 habe man die Honoraranteile in % auf der Grundlage entsprechender Quartale des Jahres 2001 festgelegt. Bestandteil dieser Berechnungen für die Honorar(unter)gruppe 2.7 seien auch die Honorare für psychotherapeutische Leistungen, die seit dem Quartal I/00 dem Honoraranteil auf der Basis 1995/96 zugeschlagen worden seien. Die psychotherapeutischen Leistungen seien in der Ausgangsbasis 1995/96 nicht in der damaligen Honorargruppe 2 enthalten gewesen. Im Quartal IV/02 sei die Umstellung korrekt abgelaufen. Durch die Beendigung des Techniker-Vertrages (Einzelleistungsvergütung für bestimmte Leistungen) hätten die mit Beginn des Vertrages bereinigten Ausgangswerte für jede Fachgruppe auf der Grundlage 1995/96 wieder zurückgerechnet werden müssen. Bei dieser Umstellung sei leider der Betrag für psychotherapeutische Leistungen aus dem Quartal I/01 nicht in die Verteilungssumme der Honorar(unter)gruppe 2.7 eingerechnet worden, so dass ein zu geringer Punktwert zur Auszahlung gekommen sei.

Die Neuberechnung führte zu Nachvergütungen (Primär-/Ersatzkassen) von 997,03 Euro/606,77 Euro bzw. 937,97 Euro/1.408,31 Euro

In den streitbefangenen Quartalen ergaben sich folgende Abrechnungswerte:

I/03 II/03 III/03 IV/03

Honorarbescheid vom 03.03.2005 11.10.2003 02.03.2005 25.10.2003 13.03.2004 18.06.04

Bruttohonorar Primär- u. Ersatzkassen gesamt in

Euro 40.789,11 39.105,55 35.924,82 33.403,71 34.745,32 43.335,43

Angefordertes Honorar PK u. EK in Euro 73.396,80 59.791,26 65.995,91 69.250,05

Anerkanntes Honorar PK u. EK in Euro 73.396,80 59.791,26 65.995,91 69.250,05

Punktwert Allg. Leistungen (HG 2) in Cent PK

bzw. Individualbudget oberer Punktwert amb. EK 2,732 2,892 3,035 3,054 3,287 3,290

Punktwert Allg. Leistungen (HG 2) in Cent PK

bzw. Individualbudget oberer Punktwert amb. EK 2,891 3,060 3,212 3,232 3,478 3,482

Fallzahl d. Kl. 1.004 872 942 903

Quote LZ 505 in %

Quote LZ 506 in % 100 100

Quote Anlage 3 zu LZ 702 (1) in % PK EK 98,46 88,61 104,27 87,62

LZ 702 (1) Individualbudget in Punkten PK EK 522.997,9 565.087,7 660.139,9 693.567,2

LZ 702 (1) Abgesetzte Punktezahl PK EK 81.051,1 44.006,3 46.002,1 0

Nachvergütung durch Ergänzungsbescheide

vom 09.03.2006 in Euro 1.096,70 619,95 557,52 368,39

I/04 II/04 III/04 IV/04

Honorarbescheid vom 05.08.2004 09.10.2004 07.02.2005 16.04.2005

Bruttohonorar Primär- u. Ersatzkassen gesamt in

Euro 32.348,27 34.947,23 31.588,59 43.173,03

Angefordertes Honorar PK u. EK in Euro 69.352,80 64.531,98 77.181,72

Anerkanntes Honorar PK u. EK in Euro 59.404,09 64.531,98 76.538,06

Individualbudget oberer Punktwert amb. PK EK 2,888 3,002 2,999 3,146 2,782 2,783 3,032 3,069

Individualbudget oberer Punktwert amb. PK EK 3,056 3,177 3,174 3,329 2,944 2,945 3,208 3,248

Fallzahl d. Kl. 965 925 907 994

Quote LZ 505 in % 95,17

Quote LZ 506 in % 89,55 100 100 99,14

Quote Anlage 3 zu LZ 702 (1) in % PK EK 94,63 88,26 95,19 98,47 90,17 85,24 96,21 91,68

LZ 702 (1) Individualbudget in Punkten PK EK 528.820,7 524.740,8 539.422,2 559.122,7 522.997,9 565.087,7 660.139,9 693.567,2

LZ 702 (1) Abgesetzte Punktezahl PK EK 153.895,3 114.426,2 93.117,8 56.912,3 76.527,1 63.641,3 52.158,1 58.175,8

Nachvergütung durch Ergänzungsbescheide vom 09.03.2006 in Euro 665,01 1.173,71 1.255,99

Bruttohonorar ist das Honorar für Primär- und Ersatzkassen ohne sonstige Kostenträger und vor Abzug von Verwaltungskosten.

Die Beklagte wies mit drei Widerspruchsbescheiden – für die Quartale I und II/03, für die Quartale III/03, IV/03, III/04, IV/04 sowie für das Quartal I/04 - jeweils vom 06.09.2005, alle Widersprüche als unbegründet zurück. Für die streitbefangenen Quartale ergab sich folgender Verfahrensablauf:

I/03 II/03 III/03 IV/03

Honorarbescheid mit Datum vom 11.10.2003 25.10.2003 13.03.2004 18.06.04

Widerspruch eingelegt am 27.01.2004 27.01.2004 27.05.2004 26.09.2004

Widerspruchsbescheid v. 06.09.2005 06.09.2005 06.09.2005 06.09.2005

Zustellung des Widerspruchsbescheids am 09.09.2005 09.09.2005 09.09.2005 09.09.2005

Klageerhebung am 28.09.2005 28.09.2005 28.09.2005 28.09.2005

Ursprüngliches Az. der Kammer S [12 KA 836/05](#) S [12 KA 836/05](#) S [12 KA 838/05](#) S [12 KA 838/05](#)

I/04 II/04 III/04 IV/04

Honorarbescheid mit Datum vom 05.08.2004 07.02.2005 16.04.2005

Widerspruch eingelegt am 26.09.2004 28.04.2005 20.06.2005

Widerspruchsbescheid v. 06.09.2005 06.09.2005 06.09.2005

Zustellung des Widerspruchsbescheids am 09.09.2005 09.09.2005 09.09.2005

Klageerhebung am 28.09.2005 28.09.2005 28.09.2005

Ergänzungsbescheid vom 28.09.2005 09.03.2006 09.03.2006

Ursprüngliches Az. der Kammer S [12 KA 10/06](#) S [12 KA 838/05](#) S [12 KA 838/05](#)

Im Widerspruchsbescheid vom 06.09.2005 für die Quartale I und II/03 führte die Beklagte aus, Praxisbudgets und Zusatzbudgets seien zu 100 % vergütet worden, ebenso der Wirtschaftlichkeitsbonus nach Nr. 3452 EBM. Die Maßnahmen nach LZ 504 HVM hätten sich als begünstigend ausgewirkt. Aus dem Grundsatz der angemessenen Vergütung könne der Kläger keinen höheren Honoraranspruch herleiten. Die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung sei mit den Änderungsbescheiden korrigiert worden. Wegen der begrenzten Gesamtvergütung müsse eine Quotierung der Punktwerte erfolgen.

Im Widerspruchsbescheid vom 06.09.2005 für die Quartale III und IV/03 sowie III und IV/04 erläuterte sie darüber hinaus für das Quartal IV/04 die Honorarbegrenzung nach LZ 506 HVM. Bei einem Individualbudget von 1.438.318,2 Punkten und angeforderten 1.467.084,6 Punkten sei ein Überschreibungsbetrag von 12.551,4 Punkten errechnet worden. Anhaltspunkte für eine Sonderregelung seien nicht ersichtlich. Die Kürzung habe aber nicht zu einer Änderung des ausgezahlten Honorars geführt. Die Individualbudgetierung nach LZ 702

HVM sei im Ersatzkassenbereich im Quartal IV/03 mit angeforderten 618.481,0 Punkten nicht zur Anwendung gekommen. Die Fallzahlbegrenzung in den Quartalen III und IV/02 habe nicht ausgesetzt werden können, da die Abrechnung jeweils über dem Durchschnittshonorar der Fachgruppe gelegen habe, weshalb die Belastung mit 198.123,2 Punkten bzw. 95.549,1 Punkten bestehen bleiben müssen. Das ab dem Quartal III/03 eingeführte Individualbudget sei keine Begrenzungsmaßnahme, sondern eine Verteilungsregelung. Sie beinhalte den Grundsatz, dass die betreffende Praxis unter sonst gleichen Bedingungen im Vergleich zum entsprechenden Quartal des Jahres 2002 die gleiche Honorarzahlgung erhalte, soweit es die Leistungen der Honorargruppe 2 betreffe. Im Ausführungsbeschluss des Vorstandes vom 04./05.07.2003 werde festgelegt, dass zur Ermittlung der Ausgangsdaten grundsätzlich auf die Honorarforderung nach EBM-Budgetierung und nach sog. Fallzahlbegrenzung zurückgegriffen werde. Die Regelung treffe auch alle Ärzte mit Leistungen der Honorargruppe 2. Im Fall des Klägers liege insofern keine Ausnahmesituation vor. Für die Quartale III und IV/03 habe eine Überprüfung ergeben, dass der Kläger nicht unterhalb des arztgruppenbezogenen Durchschnitts liege. Für die Quartale III und IV/03 sei die Überprüfung bereits mit der Abrechnung erfolgt.

Im Widerspruchsbescheid vom 06.09.2005 für das Quartal I/04 führte sie weiter aus, die Fallzahlbegrenzung nach LZ 505 HVM diene dem Ziel, eine medizinisch nicht begründbare Mengenausweitung zu verhindern und den Punktwert auf einer angemessenen Höhe zu stabilisieren. Vergleichsfallzahl sei die Fallzahl aus dem Quartal I/02 (855 Fälle) zzgl. der Steigerungsrate. Bei 963 Fällen habe die Abrechnung mit 93 Fällen über der Fallzahlgrenze von 870 Fällen gelegen. Eventuelle Änderungen in der Praxisstruktur könnten nicht zu einer Erhöhung über die Steigerungsrate hinaus führen. Für einen Ausnahmefall sei nichts ersichtlich und werde auch nichts vorgetragen. Im Übrigen würde der Fallwert der überschreitenden Fälle zu 50 % anerkannt werden. Die Regelung befinde sich im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Mit dem angeforderten - um Kosten und Kürzungen bereinigten - Honorar von 1.282.736,5 Punkten habe der Kläger auch um 80.987,9 Punkte über dem Durchschnittshonorar der Fachgruppe gelegen, weshalb die Fallzahlbegrenzungsmaßnahme nicht aufzuheben sei. Die Honorarbegrenzung nach LZ 506 HVM habe bei einem Individualbudget von 1.443.457,7 Punkten und angeforderten 1.275.033,3 Punkten zu einem Überschreibungsbetrag von 131.575,6 Punkten geführt. Anhaltspunkte für eine Sonderregelung seien nicht ersichtlich. Die Kürzung habe aber nicht zu einer Änderung des ausgezahlten Honorars geführt. Die Individualbudgetierung sei zutreffend durchgeführt worden. Ein im Ergebnis unterdurchschnittliches Honorar im Quartal I/02 habe zur Heraufsetzung der Anerkennungsquote von 87,83 % auf 94,75 % geführt. Damit sei das BSG-Urteil zur Fallzahlbegrenzung berücksichtigt worden. Eine Überprüfung habe aber ergeben, dass wegen des unterdurchschnittlichen Honorarvolumens noch eine Neuberechnung zu erfolgen habe.

Gegen alle drei Widerspruchsbescheide hat der Kläger jeweils am 28.09.2005 die Klage erhoben.

Am 30.08.2004 beantragte der Kläger ferner eine Überprüfung seiner Honorarabrechnung für das Quartal I/04, weil mit dem Bezugsquartal I/02 die Fallzahlbegrenzung wieder eingeführt werde. Er sei seinerzeit auf 645 Fälle begrenzt worden. Dies führe dazu, dass sein Honorar mit etwa 32.100 Euro (bei 972 Behandlungsfällen) etwa 76 % des Quartals I/97 (bei etwa 400 Fällen weniger) bzw. 76 % des Quartals I/03 betrage. Er halte die Regelung für rechtsungültig. Eine wirtschaftliche Praxisführung sei mit diesem Honorar nicht möglich.

Mit Bescheid vom 16.12.2004 lehnte die Beklagte den Antrag, den sie als Antrag bezüglich der Honorarverteilungssystematik wertete, ab. Zur Begründung führte sie aus, für die Quartale bis III/02 habe die Fallzahlbegrenzung des Klägers bei 647 Fällen gelegen. Bei 855 abgerechneten Fällen im Quartal I/02 sei eine Kürzung von 59.286,1 Punkten ermittelt worden. Das sei in diesem Quartal die einzige Kürzung gewesen. Die Punktzahl von 59.286,1 Punkten stehe allerdings im Quartal I/04 nicht als Budgetvolumen zur Verfügung. Bei einer Fallzahlbegrenzung im Quartal I/04 von 870 Fällen - Fallzahl aus I/02 (855 Fälle) zzgl. 2 % der fachgruppenspezifischen Fallzahl (15 Fälle) - ergebe sich eine Kürzung von 62.874,7 Punkten. Im Bereich der Begrenzung der Honorarforderung habe sich nach Anwendung der LZ 506 HVM eine Kürzung von 131.575,2 Punkten ergeben (abgerechnet: 1.275.033,3 Punkte; Punktzahlbegrenzung: 1.143.457,7 Punkte). Ferner seien 153.895,3 Punkte im Primärkassenbereich und 114.426,2 Punkte im Ersatzkassenbereich zum "unteren Punktwert", der allerdings 0 betrage, berechnet worden. Die Kürzungen der sog. Fallzahlbegrenzung und der Begrenzung der Honorarforderung hätten in Bezug auf die Honoraranteile, die der Honorargruppe 2 (budgetierte Leistungen) zugeordnet sind, im Ergebnis aber zu keiner geänderten Honorarabrechnung geführt, da sie die mit dem "unteren Punktwert" berechneten Honorarforderungen die "Individualbudgetierung" unterschritten. Im Quartal I/04 seien 268.321,5 Punkte durch das "Individualbudget" nicht vergütet worden. Diese resultierten aus den im Quartal I/02 gekürzten 59.286,1 Punkten und der Steigerung der Honorarforderung im Bereich der Honorargruppe 2 im Vergleich zum Ausgangsquartal in Höhe von 209.035,4 Punkten. Als Fazit sei festzuhalten, dass die Leistungssteigerung im Bereich der Primär- und Ersatzkassen bezogen auf die Honorargruppe 2 nicht vergütet werde. Mit der sog. Individualbudgetierung sollten nach Wegfall der Praxisbudgetierung Verwerfungen in den Honorarzahlgungen der Praxen einer Fachgruppe vermieden werden. Geänderte Honorarzahlgungen könnten nur bei geänderten Zahlungen der Krankenkassen oder bei sog. jungen Praxen erfolgen. Mit der Individualbudgetierung sollten nach Wegfall der Praxisbudgets Verwerfungen in den Honorarzahlgungen der Praxen einer Fachgruppe vermieden werden. Eine Analyse der Abrechnung habe ergeben, dass im Vergleich der Quartale I/02 und I/04 das Nettohonorar von 36.993,12 Euro auf 33.235,30 Euro gefallen sei. Der Honorarverlust von 3.757,82 Euro sei größtenteils auf den Punktwertverlust im Bereich der Honorargruppe 2 zurückzuführen. Dies zeige eine Übersicht der Punktwerte:

Primärkassen Ersatzkassen
I/02 Cent pro Punkt 3,055 3,405
I/04 Cent pro Punkt 2,888 3,002
Abweichung - 5,47 % - 11,84 %

Bei Heranziehung der Punktwerte aus dem Quartal I/02 hätte sich im Quartal I/04 ein um 3.022,30 Euro höheres Honorar ergeben. Punktwertmindernd dürfte sich auch der ab dem Quartal IV/02 eingeführte gesonderte Honorarbereich "C" für Leistungen des organisierten Notdienstes ausgewirkt haben. Dieser Honorarbereich werde finanziell ausgestattet durch prozentuale Abzüge von den arztgruppenspezifischen Honorartöpfen (im jeweils 3. Quartal 3,46 % bei Primärkassen und 2,79 % bei Ersatzkassen). Hinzu komme ein Honorarrückgang von 399,39 Euro wegen geringerer Abrechnung von Fällen des Sozialamtes.

Hiergegen legte der Kläger am 03.01.2005 Widerspruch ein. Er hielt die Berücksichtigung früherer Budgetierungen für unzulässig. Er werde doppelt benachteiligt, ohne dass dies noch mit dem Grundsatz der angemessenen Vergütung in Übereinstimmung stehe. Auch aus Sicht des Versorgungsauftrags, der den Krankenkassen und der KV obliege, sei dies nicht zu rechtfertigen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 13.07.2005 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Sie erläuterte im Einzelnen ihr Regelwerk und die Berechnung des Honorars für den Kläger. Ergänzend zum Ausgangsbescheid führte sie aus, der sich aufgrund der LZ 506 HVM ergebende Überschreibungsbetrag von 131.575,2 Punkten entspreche 10,45 % der verbleibenden Honorarforderung. Eine Verwerfung in diesem Umfang begründe grundsätzlich keine von den allgemeinen Vorgaben des HVM abweichende begünstigende Sonderregelung. Die Fallzahlbegrenzung habe bei dem Kläger bis zum Quartal III/02 jeweils zu einer Kürzung des Honorarvolumens geführt. In den Quartalen IV/02 bis II/03 sei auf die Vergleichs quartale des Jahres 2001 abgestellt worden. Ab dem Quartal I/03 seien erstmals keine Kürzungen vorgenommen worden. Mit der Einführung des Individualbudgets zum Quartal III/03 werde auf ein Vergleichs quartal des Jahres 2002 abgestellt. Damit finde die im Quartal I/02 vorgenommene Budgetierung nochmals Einzug in die Betrachtung des Quartals I/04. Das ab dem Quartal III/03 eingeführte Individualbudget sei keine Begrenzungsmaßnahme, sondern eine Verteilungsregelung. Sie beinhalte den Grundsatz, dass die betreffende Praxis unter sonst gleichen Bedingungen im Vergleich zum entsprechenden Quartal des Jahres 2002 die gleiche Honorarzahmung erhalte, soweit es die Leistungen der Honorargruppe 2 betreffe. Im Ausführungsbeschluss des Vorstandes vom 04./05.07.2003 werde festgelegt, dass zur Ermittlung der Ausgangsdaten grundsätzlich auf die Honorarforderung nach EBM-Budgetierung und nach sog. Fallzahlbegrenzung zurückgegriffen werde. Die Regelung treffe auch alle Ärzte mit Leistungen der Honorargruppe 2. Im Fall des Klägers liege insofern keine Ausnahmesituation vor. Aus dem Grundsatz der angemessenen Vergütung könne der Kläger sich nur berufen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung der kassenärztlichen Leistungen das kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als deren Folge auch die berufliche Existenz der ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre. Entsprechende Anhaltspunkte seien weder dargetan noch ersichtlich. Für das Quartal I/04 werde aber noch eine Berechnung erfolgen, ob der Kläger unterhalb des arztgruppenbezogenen Durchschnitts liege, da ihm bis zu dieser Grenze ein Honorarzuwachs zustehe.

Hiergegen hat der Kläger am 27.07.2005 die Klage zum Az.: [S 12 KA 495/05](#) erhoben.

Mit Bescheid vom 09.03.2006 nahm die Beklagte eine Nachvergütung vor, und zwar für das Quartal III/03 in Höhe von 557,52 Euro, für das Quartal IV/03 in Höhe von 368,39 Euro, für das Quartal III/04 in Höhe von 1.173,71 Euro und für das Quartal IV/04 in Höhe von 1.255,99 Euro. Man habe zunächst für die zeitgebundenen genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts G IV EBM einen Mindestpunktwert bis zu einer Höhe von 561.150,0 Punkten vergütet. Es habe sich um eine honorartopfinterne Umverteilung des zur Verfügung stehenden Honorarvolumens gehandelt, was zu einem niedrigeren Punktwert für die "Allgemeinen Leistungen" geführt habe. Nach gründlicher Bewertung der durchgeführten Honoraranalysen habe der Vorstand beschlossen, diesen Effekt bei den Praxen mit einem Anteil von weniger als 50 % gemessen am gesamten Leistungsspektrum aufzuheben. Dies bedeute, dass die durch die Stützung der psychotherapeutischen Leistungen verursachte Punktwertreduktion der "Allgemeinen Leistungen" aufgehoben werde.

Mit weiterem Bescheid vom 09.03.2006 nahm die Beklagte mit gleicher Begründung eine Nachvergütung für das Quartal I/03 in Höhe von 1.096,70 Euro, für das Quartal II/03 in Höhe von 619,95 Euro und für das Quartal I/04 in Höhe von 665,01 Euro vor.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 05.07.2006 die beiden Verfahren zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung miteinander verbunden.

Mit seinen Klagen trägt der Kläger vor, im Kern gehe es um die Budgetierung, die an Referenz quartale anknüpfe, in denen er bereits einmal budgetiert worden sei. Dadurch werde er doppelt gekürzt. Die Leistungen könnten nicht mehr kostendeckend erbracht werden. Ursache hierfür sei ein begrenzter Honorartopf, der Abfluss von Honoraren zur Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen und die Stärkung der hausärztlichen Versorgung zu Lasten der fachärztlichen Versorgung. Die Abrechnung sei intransparent. Auch nach den Ergänzungsbescheiden sei keineswegs sicher, dass das Honorar nunmehr richtig errechnet worden sei. Ab dem Quartal I/03 sei für ihn nicht erkennbar, wie sich der für ihn maßgebliche Punktwert, die Budgetierungen und das Gesamthonorar errechne. Im Quartal III/03 sei das Honorar "gedeckt" worden, nämlich nach Maßgabe der Abrechnung im Quartal III/02. Er habe eine Fallzahlbegrenzung hinnehmen müssen, die rechtswidrig sei. Darauf könne deshalb eine Begrenzung nicht aufbauen. Auch die in den Quartalen I und III/02 durchgeführte Fallzahlbegrenzung wirke sich in den Quartalen I und III/04 aus. Ein Mitglied aus der Fachgruppe werde schlechter behandelt als die anderen Mitglieder. Im Quartal I/04 rechne er einen Fallwert von 33,52 Euro ab, die Fachgruppe von 44,81 Euro. Dies mache keinen Sinn. Trotz einer höheren Scheinzahl habe er nicht einmal das Durchschnittshonorar der Fachgruppe erreicht. Die Fachgruppe werde überdurchschnittlich belastet, nicht nur durch Abflüsse zu Gunsten der Psychotherapeuten, sondern auch für Stützungen anderer Fachgruppen. Ein Honorarverfall zu Lasten einer einzelnen Honorargruppe sei unzulässig. Eine Praxisführung sei nicht mehr kostendeckend möglich, wenn sie auch noch dem Lebensunterhalt dienen solle. Derzeit laufe in Frankfurt ein Antrag auf Sonderbedarfzulassung für einen Neurologen und Psychiater. Offensichtlich sei die Sicherstellung gefährdet. Sein Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal II/04 sei verfristet gewesen, gegen die Honorarbescheid für die Quartale I und II/05 habe er ebf. Widerspruch eingelegt. Spätestens nach Einreichung der Regelleistungsvolumina werde seine Fachgruppe einstweilige Anordnungen beantragen.

Der Kläger beantragt,

unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale I/03 bis IV/04 mit Ausnahme des Quartal II/04, abgeändert durch den Bescheid vom 18.03.2004, in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.09.2005 und abgeändert durch Bescheide vom 09.06.2006, 28.09.2005 und 09.03.2006 sowie unter Aufhebung des Bescheids vom 16.12.2004 in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 13.07.2005 die Beklagte zu verpflichten, den Kläger über seine Honoraranprüche für die Quartale I/03 bis I/04 und III und IV/04 sowie seinen Antrag vom 30.08.2004 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie trägt ergänzend zu den Widerspruchsbescheiden vor, die Neuberechnung bzgl. der Punktwertstützung der "Allgemeinen Leistungen" sei abgeschlossen. Bei Berücksichtigung der BSG-Rechtsprechung ergebe sich kein anderes Ergebnis. Die fallzahlabhängige Quotierung sei rechtmäßig. Über die Frage, ob die Anknüpfung an zurückliegende Zeiträume mit starrer Zuwachsquote bei größer werdendem zeitlichen Abstand zu beanstanden wäre, habe das BSG noch nicht entschieden. Im Rahmen der Anlage 3 zu LZ 702 HVM werde zwar an dem anerkannten und nicht dem angeforderten Honorar des Referenz quartals angesetzt; bei der Fallzahlbegrenzung nach LZ 505 HVM werde jedoch an der vom Arzt angeforderten Fallzahl angeknüpft, so dass sich eine im Ausgangs quartal mögliche Fallzahlbegrenzung insoweit nicht auf das streitgegenständliche Quartal auswirkt. Im Quartal I/04 habe der Kläger eine Nachzahlung erhalten, um den

Fachgruppendurchschnitt zu erreichen. Hinsichtlich eines "Abflusses" seien alle Facharztgruppen gleichermaßen betroffen. Es bestehe auch eine Stützungsverpflichtung. Der Kläger habe auch für die "Allgemeinen Leistungen" Nachzahlungen erhalten. Aus einer Sonderbedarfszulassung könne kein Rückschluss auf die Honorarsituation gezogen werden. Honorarkontingente könnten an früheren Quartalen gemessen werden. Die Quotierung solle eine Ausweitung der Leistungsmenge verhindern, einen stabilen Punktwert gewährleisten und dem Arzt dadurch Kalkulationsicherheit geben. Die im Quartal I/02 erfolgte Quotierung sei rechtmäßig gewesen. Der Honorarbescheid sei bestandskräftig geworden. Fallzahlsteigerungen seien möglich durch die 2 %ige Zuwachsmöglichkeit, auch würden übersteigende Honoraranforderungen zu 50 % vergütet werden.

Die Kammer hat mit den Beteiligten am 05.07.2006, 20.02. und 02.07.2008 eine mündliche Verhandlung durchgeführt. Wegen des Ergebnisses wird jeweils auf die Sitzungsniederschrift verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigegebenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) -).

Die Klage ist zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist auch begründet. Die Honorarbescheide für die Quartale I/03 bis I/04 und III und IV/04, abgeändert durch den Bescheid vom 18.03.2004, in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.09.2005 und abgeändert durch Bescheide vom 09.06.2006, 28.09.2005 und 09.03.2006 sowie der Bescheid vom 16.12.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.07.2005 sind rechtswidrig und waren daher abzuändern bzw. aufzuheben. Die Beklagte ist verpflichtet, den Kläger über seine Honoraransprüche für die Quartale I/03 bis I/04 und III und IV/04 sowie seinen Antrag vom 30.08.2004 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Budgetierungsmaßnahmen sind grundsätzlich rechtswidrig. Zu beanstanden war hierbei von der Kammer im Rahmen der Individualbudgetierung nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM, dass die Beklagte an das anerkannte Honorarvolumen im Jahr 2002 anknüpft und hierüber Fallzahlbegrenzungsmaßnahmen aus dem Jahr 1997 fortführt. Die Honorarbescheide sind ferner auch deshalb rechtswidrig, weil - wenn auch für die Honorar(unter)gruppe des Klägers insgesamt kein absolut unangemessenes Honorar festgestellt werden konnte - die hohen Unterschiede der Vergütung zwischen den Honorar(unter)gruppen einen Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit bedeuten.

Maßgeblich für die Durchführung der Honorarverteilung sind für die Quartale I und II/03 die durch Beschluss der Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 08. und 22.06.2002 verabschiedeten Grundsätze der Honorarverteilung mit Geltung ab dem Quartal IV/02, veröffentlicht als Teil 3 der Bekanntmachung vom 25.07.2002 (im Folgenden: HVM 2002). Für die Folgequartale (ab Quartal III/03) bis einschließlich Quartal I/05 hat die Beklagte durch Beschluss ihrer Abgeordnetenversammlung vom 11.06.2003 ihre Grundsätze der Honorarverteilung neu gefasst, veröffentlicht als Anlage zum Rundschreiben 5/6 der Bekanntmachung vom 25.06.2003 (info.doc Nr. 5/6 Juni 2003) (im Folgenden: HVM 2003), die ab dem III/04 gemäß der gesetzlichen Vorgabe ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)) als Honorarverteilungsvertrag aufgrund einer Vereinbarung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen fortgeführt werden.

Für alle streitbefangenen Quartale nimmt danach der Kläger nach den Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM an der Honorarverteilung für die fachärztliche Versorgungsebene und dort für die Honorar(unter)gruppe B 2.7 (HVM 2002) "Nervenärzte (VfG 57), Neurologen (VfG 57-68), Psychiater (VfG 59), Kinder- und Jugendpsychiater (VfG 59-30)" bzw. B 2.7.1 (HVM 2003) "Nervenärzte (VfG 57), Neurologen (VfG 57-68), Psychiater (VfG 59)" teil. Die sog. Individualbudgetierung wird für die Honorar(unter)gruppe des Klägers erst ab dem Quartal III/03 durchgeführt.

Soweit die Beklagte eine Fallzahlbegrenzungsmaßnahme im Quartal I/04 durchgeführt hat, war dies von der Kammer nicht zu beanstanden.

Die Fallzahlbegrenzungsmaßnahme nach LZ 505 HVM 2003 ist rechtmäßig. Die hier zum Tragen kommenden Regelungen sind rechtmäßig. Die Kammer sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab, da sie hier der Begründung im angefochtenen Widerspruchsbescheid, dort S. 3 bis 6, folgt ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)). Ähnliche Fallzahlbegrenzungsmaßnahmen sind von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wiederholt für rechtmäßig befunden worden (vgl. BSG, Ur. v. 13.03.2002 - [B 6 KA 48/00 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 44 = MedR 2002, 594 = GesR 2002, 88 = NZS 2003, 440](#); BSG, Ur. v. 10.03.2004 - [B 6 KA 3/03 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 9 = BSGE 92, 233 = GesR 2004, 393 = MedR 2004, 639](#) = Breith 2005, 14 = USK 2004-123). Gründe für eine Sonderregelung hat der Kläger auch im Klageverfahren nicht substantiiert geltend gemacht und sind der Kammer nicht ersichtlich. Im Übrigen wird der Kläger hierdurch nicht zusätzlich beschwert, da die erfolgten Kürzungen des Punktezahlvolumens vollständig in den Bereich des unteren Punktwerts der Maßnahmen nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM gehen und es damit im Ergebnis zu keinen zusätzlichen Kürzungen kommt, da der untere Punktwert 0 Ct. beträgt.

Die Beklagte hat ferner im Quartal I/04 eine Honorarbegrenzungsmaßnahme nach LZ 506 HVM 2003 vorgenommen.

Nach Leitzahl (LZ) 506 "Begrenzung der Honorarforderungen" gilt Folgendes:

Die Honorarforderungen (Leistungsbedarf) der niedergelassenen Ärzte (ausgenommen Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und psychotherapeutisch tätige Ärzte (VfG 55-00, VfG 55-01), Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VfG 72, 83-81, 84, 85-21, 85-95, 86 81) sowie Ärzte/Praxen der Honorar(unter)gruppe B 2.23) unterliegen (nach vorheriger Durchführung der Maßnahmen nach LZ 501 bis 505) einer Begrenzung gemäß nachstehender Bestimmungen, sofern im aktuellen Abrechnungsquartal die Honorarforderungen (ambulant und stationär) der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe im Vergleich zum entsprechenden Quartal des Jahres 2002 um mehr als 1 % gestiegen ist.

Bei der Feststellung der Veränderung der Honorarforderungen (des Leistungsbedarfes) ist im Ausgangsquartal auf die Honorarforderungen

(Leistungsbedarf) vor Anwendung der Maßnahmen nach der seinerzeit gültigen LZ 208 und Anlagen abzustellen. Dabei bleiben Honorarforderungen (Leistungsbedarf) aus

- Abrechnungsfälle, die gemäß LZ 701 d zur Honorierung kommen, sowie aus
 - Hausärztliche Grundvergütung nach Nr. 8066 (Honorargruppe 1)
 - Leistungen, die gemäß LZ 701 d zur Honorierung kommen
 - Vertraglich vereinbarte Kosten des Kapitels O EBM (Nrn. 3450 bis 4826 EBM – Honorargruppe 3)
 - Kapitel U
- unberücksichtigt.

Liegt ein Anstieg von mehr als 1 % in einer Arzt-/Fachgruppe vor, so ist für diese Arzt-/Fachgruppe eine Honorarbegrenzung im aktuellen Abrechnungsquartal im Einzelnen wie folgt durchzuführen.

1. Für jede einzelne Praxis dieser Arzt-/Fachgruppe ist (unter der Voraussetzung einer gleichen Zahl von Praxismitgliedern) die Honorarforderung im entsprechenden Vergleichsquartal des Jahres 2002 (Ausgangsquartal - vor Anwendung der Maßnahme nach der seinerzeit gültigen LZ 208 und Anlagen) sowie im aktuellen Abrechnungsquartal festzustellen. Dabei bleiben neben den vorstehend bereits beim Vergleich auf Arzt-/Fachgruppenebene unberücksichtigt gebliebenen Honorarforderungen auch die Honorarforderungen für Leistungen, für die ein Mindestpunktwert definiert ist (in den beiden relevanten Quartalen), unberücksichtigt.

2. Bei Vergleich der gemäß Ziffer 1 festgestellten Honorarforderung (Leistungsbedarf) zwischen Ausgangs- und Abrechnungsquartal wird ein Zuwachs bis zu einer Grenze von 2 % (im Abrechnungsquartal) anerkannt. Darüber hinausgehende Honorarforderungen sind von der Honorierung ausgeschlossen.

Zur Umsetzung dieser Vorgabe des Honorierungsausschlusses wird der über die Grenze von 2 % hinausgehende Anteil der Honorarforderung im Sinne einer Quotierung auf den anerkennungsfähigen Teil der Honorarforderungen (nach Ziffer 1) reduziert um die Honorarforderungen aus

- stationären belegärztlichen Leistungen
- Abrechnungsfälle im organisierten Notdienst (Muster 19 a der Vordruckvereinbarung)
- Leistungen im organisierten Notdienst, die mit Nr. 99 gekennzeichnet sind,
- Leistungen mit festen Punktwerten und Kostenerstattungen gemäß LG 14 umgelegt.

3. Soweit für eine Praxis eine Honorarforderung im entsprechenden Vergleichsquartal des Jahres 2002 nicht zur Verfügung steht, ist die durchschnittliche Honorarforderung je Arzt der Arzt-/Fachgruppe in dem betreffenden Quartal des Jahres 2002 zugrunde zu legen. Von der genannten Voraussetzung des Nichtvorliegens einer Honorarforderung aus dem jeweiligen Quartal des Jahres 2002 ist dann nicht auszugehen, wenn mindestens ein Mitglied der Praxis bereits im entsprechenden Vorjahresquartal niedergelassen ist. In diesem Fall bestimmt sich die Honorarforderung des entsprechenden Quartals des Jahres 2002 unter Berücksichtigung der Zahl der neu in einer Praxis eingetretenen bzw. ausgeschiedenen Praxisteilnehmer, für die in der Regel die entsprechende durchschnittliche Honorarforderung je Arzt der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe als Bemessungsgrundlage heranzuziehen ist.

Im Sinne einer Sonderregelung ist bei fachärztlich tätigen Internisten mit bzw. ohne Schwerpunkt (VfG 33, ausgenommen VfG 33-10) und Lungenärzten (VfG 45) für die Berechnungen nach Ziffer 1 und 2 auf die Ausgangs quartale 2/03 für das Abrechnungsquartal 3/03 bzw. 1/03 für das Abrechnungsquartal 4/03 abzustellen.

4. Ergänzende Vorgaben sowie Regelungen zur Durchführung vorstehender Begrenzungsbestimmungen erlässt der Vorstand.

Ferner hat sie im Quartal I/04, aber auch in den Quartalen III und IV/03 sowie III und IV/04 Honorarbegrenzungsmaßnahme nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM 2003 durchgeführt.

Nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM 2003 gelten abweichend von den Honorierungsvorgaben in den Anlagen 1 bzw. 2 zu LZ 702 HVM 2003 betreffend die Honorierung der Honorarforderungen in den Honorargruppen A2 bzw. B2 mit einem rechnerischen Verteilungspunktwert für die nachstehend aufgeführten Honorar(unter)gruppen Sonderregelungen:

1. Honorar(unter)gruppen A 2.1 bis A 2.3.1, B 2.1 bis B 2.5.1, B 2.6, B 2.7.1, B 2.8 und B 2.9 Für die einzelnen Praxen in den Honorar(unter)gruppen A 2.1 bis A 2.3.1, B 2.1 bis B 2.5.1, B 2.6, B 2.7.1, B 2.8 und B 2.9 gelten bei getrennter Anwendung in den einzelnen Honorar(unter)gruppen folgende Bewertungsvorgaben:

1. Für die der Honorargruppe 2 zugeordneten Honorarforderungen aus ambulanter und stationärer Tätigkeit steht bei getrennter Betrachtung für Primär- und Ersatzkassen jeweils maximal das der Praxis für die vergleichbare Honorarforderung in Punkten im entsprechenden Quartal des Jahres 2002 bei Primärkassen und bei Ersatzkassen vergütete Honorarvolumen zur Verfügung. Die Honorarzah lung im aktuellen Quartal reduziert sich anteilig im Verhältnis zur Reduktion der Honorarforderungen bei Vergleich zwischen aktuellem Abrechnungsquartal und entsprechendem Vorjahresquartal.

2. Soweit für eine Praxis eine solche Honorarzah lung im entsprechenden Quartal des Jahres 2002 nicht zur Verfügung steht, ist auf die durchschnittliche Honorarzah lung je Arzt der Arzt-/Fachgruppe (in dem betreffenden Quartal des Jahres 2002) abzustellen mit der dazugehörigen durchschnittlichen Honorarforderung in Punkten. Von der genannten Voraussetzung des Nichtvorliegens einer Honorarforderung bzw. Honorarzah lung aus dem jeweiligen Quartal des Jahres 2002 ist dann nicht auszugehen, wenn mindestens ein Mitglied der Praxis bereits im entsprechenden Vorjahresquartal niedergelassen gewesen ist. In diesem Fall bestimmt sich die durchschnittliche Honorarzah lung des entsprechenden Quartals des Jahres 2002 unter Berücksichtigung der Zahl der neu in eine Praxis eingetretenen bzw. ausgeschiedenen Praxisteilnehmer, für die in der Regel die entsprechende durchschnittliche Honorarforderung bzw. Honorarzah lung je Arzt-/Fachgruppe als Bemessungsgrundlage heranzuziehen ist. Wird eine Einzelpraxis übernommen, kann anstelle der Regelung nach Satz 1 auch die Honorarzah lung aus der bisherigen Praxistätigkeit im entsprechenden Vergleichsquartal des Jahres 2002 zugrunde gelegt werden. Ist eine "junge Praxis" nach Maßgabe der LZ 505 von der fallzahlabhängigen Bewertung freigestellt, kann hier

maximal ihre Fallzahl im aktuellen Quartal multipliziert mit der durchschnittlichen fallbezogenen Honorarforderung bzw. mit der durchschnittlichen fallbezogenen Honorarzahlung zuerkannt werden. Ziffer 1 letzter Absatz gilt für alle Fallgestaltungen unter Ziffer 2 entsprechend.

3. In begründeten Ausnahmefällen (Urlaub, Krankheit etc.) kann auf Beschluss des zuständigen Geschäftsausschusses anstelle des entsprechenden Vergleichs quartals aus dem Jahre 2002 als Referenzquartal das entsprechende Quartal des Jahres 2001 zugrunde gelegt werden.

4. Steht im Rahmen der Honorarabrechnung des aktuellen Quartals kein ausreichendes Honorarvolumen für die Bedienung der bisherigen Honorarzählungen nach Ziffer 1 sowie von Honorarforderungen, berechnet nach Ziffer 2, an die teilnehmenden Ärzte bzw. Praxen in den jeweiligen Honorar(unter)gruppen zur Verfügung, so ist eine Quotierung unter Berücksichtigung des zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrages vorzunehmen.

5. Ergänzende Vorgaben sowie Regelungen zur Durchführung der Honorierungsbestimmungen erlässt der Vorstand.

Die Beklagte hat diese Vorgaben für alle streitbefangenen Quartale nach ihrem Regelwerk zutreffend angewandt.

Die Regelungen selbst sind nicht zu beanstanden.

Die Budgetierung nach LZ 506 HVM und das Individualbudget nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM dienen gerade einer Punktwertstabilisierung, indem sie Leistungsausweitungen nur begrenzt zulassen. Das Bundessozialgericht hat sog Individualbudgets wiederholt für rechtens erklärt, die nach Abrechnungsergebnissen des jeweiligen Arztes aus vergangenen Zeiträumen bemessen wurden und dessen gesamtes Leistungsvolumen umfassten (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 23](#) = [BSGE 96, 53](#) = [MedR 2006, 603](#) = [NZS 2006, 667](#), juris Rdnr. 23 unter Hinweis auf [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#); BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 6](#) Rdnr. 9, 11; [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rdnr. 53, 56; BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr. 10](#) Rdnr. 21, 25; - vgl. auch die Beispielsaufzählung in BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) Rdnr. 22). Dem liegt die berechtigte Annahme zu Grunde, dass der in der Vergangenheit erreichte Praxisumsatz bei typisierender Betrachtung ein maßgebendes Indiz für den Umfang ist, auf den der Vertragsarzt seine vertragsärztliche Tätigkeit ausgerichtet hat. Die sachliche Rechtfertigung für solche Honorarkontingente ergibt sich aus dem Ziel, die Anreize zur Ausweitung der Leistungsmenge zu verringern, dadurch die Gesamthonorarsituation zu stabilisieren und damit die Kalkulierbarkeit der Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit zu verbessern sowie die Versorgungsqualität zu steigern (vgl. BSG, Urt. v. 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#) = [BSGE 92, 10](#) = [GesR 2004, 325](#) = [NZS 2004, 612](#), juris Rdnr. 17). Zutreffend weist die Beklagte darauf hin, dass die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den Praxisbudgets von der Rechtmäßigkeit der Praxisbudgets für die Vergangenheit ausgeht. Lediglich für die Zukunft sollte eine Neubemessung vorzunehmen sein (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 23.05.2007 - [B 6 KA 16/06 R](#) - juris Rdnr. 13 m.w.N.).

Der von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aufgestellte Schutz beinhaltet lediglich die Möglichkeit, im aktuellen Quartal bis zum Durchschnitt der Fachgruppe wachsen zu können. Umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen - typischerweise insbesondere neu gegründete Praxen - müssen die Möglichkeit haben, durch Erhöhung der Zahl der von ihnen behandelten Patienten den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Dem Vertragsarzt muss die Chance bleiben, durch Qualität und Attraktivität seiner Behandlung oder auch durch eine bessere Organisation seiner Praxis neue Patienten für sich zu gewinnen und so legitimerweise seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern. Das gilt für die damit verbundenen Umsatzsteigerungen jedenfalls bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe (vgl. BSG, Urt. v. 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) -, aaO., juris Rdnr. 26). Ein unbegrenztes Wachstum auch in den ersten Jahren einer Zulassung wird damit nicht garantiert. Nach den von dem Kläger in den streitbefangenen Quartalen erzielten Honorarumsätzen ist unter Einbeziehung der Nachvergütungen nicht ersichtlich, dass er damit unterhalb der Umsätze seiner Fachgruppe liegen würde.

Zur Koordination beider Budgetierungsmaßnahmen fehlt es an jeglicher Regelung im HVM 2003. Wenn auch die Kammer erhebliche Bedenken hegt, dass dies vom HVM-Geber nicht selbst eindeutig und nachvollziehbar geregelt wird, was sich insofern auch durch fehlende und insbesondere nachvollziehbare Erläuterungen in den Honorarbescheiden auswirkt, so kann die Praxis der Beklagten noch hingenommen werden, wenn sie im Sinne der von ihr sog. Bestwertregelung verfährt, also die Punktwertminderungen aufgrund der Budgetierungsmaßnahme nach LZ 506 HVM zunächst durch Abzug der Punktezahlen durchführt, die nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM zum unteren Punktwert vergütet werden (vgl. bereits Urteil der Kammer v. 12.03.2008 - [S 12 KA 1033/05](#) -).

Der Kläger hat aber einen Anspruch auf eine Sonderregelung für die Quartale III/03 und I und III/04 auf der Grundlage der Nr. 1.5 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM 2003. Eine entsprechende Sondersituation des Klägers liegt vor.

Soweit der Kläger vorträgt, im Kern gehe es um die Budgetierung, die an Referenzquartale anknüpfe, in denen er bereits einmal budgetiert worden sei, so trifft dies für die Quartale III/03 und I und III/04 zu und führt dies zur Rechtswidrigkeit der angefochtenen Honorarbescheide als auch des Bescheids bzgl. der Sonderregelung.

Nr. 1.1 Satz 1 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM 2003 greift das "vergütete" Honorarvolumen der Referenzquartale des Jahres 2002 auf. Damit ist nicht das angeforderte, sondern das anerkannte Honorarvolumen maßgebend. Maßgebend für die Durchführung der Honorarverteilung in den Quartalen I bis III/02 waren die durch Beschluss der Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 01.12.2001 verabschiedeten Grundsätze der Honorarverteilung mit Geltung ab dem Quartal IV/02, veröffentlicht als Anlage 3 zum Landesrundsreiben Nr. 3 - Bekanntmachung Teil 2 - vom 14.12.2001 (im Folgenden: HVM 2002 I-III), für das Quartal IV/02 der bereits genannte HVM 2002. Danach galt ebf. eine fachgruppenbezogene Honorarvergütung. Der HVM 2002 I-III sah für die Quartale I bis III/02 eine fallzahlabhängige Quotierung auf der Grundlage der Abrechnungsquartale des Jahres 1995 vor.

Nach Abschnitt III der Anlage 3 zu LZ 702 HVM 2002 I-III unterliegen die ambulanten Honorarforderungen niedergelassener Ärzte, ermächtigter Ärzte sowie ärztlich geleitete Einrichtungen einer Quotierung, sofern im aktuellen Abrechnungsquartal die Fallzahl im Vergleich zum entsprechenden Quartal des Jahres 1995 gestiegen ist. Für jede zugelassene bzw. ermächtigte Arztpraxis wird die im jeweiligen Quartal des Jahres 1995 zur Abrechnung gekommene ambulante Fallzahl festgestellt. Soweit ein entsprechender Wert im jeweiligen Quartal des

Jahres 1995 (Vergleichsquartal 1995) nicht zur Verfügung steht, ist grundsätzlich auf die durchschnittliche Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe in 1995 (Vergleichsfallzahl 1995), der die Arztpraxis abrechnungstechnisch zugeordnet ist, zurückzugreifen. Sofern eine Arztpraxis ihre vertragsärztliche Tätigkeit nach dem 01.01.1993 erstmals aufgenommen hat ("junge Arztpraxis"), ist auf die Fallzahl der Arztpraxis im Vorquartal zurückzugreifen, falls diese höher ist als die durchschnittliche Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe im Vergleichsquartal 1995 (Abschnitt III Nr. 1 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM 2002 I-III).

Die nach Ziffer 1 für die Arztpraxis festgestellte Vergleichsfallzahl im jeweiligen Quartal des Jahres 1995 bildet die Basis für die Durchführung der fallzahlbezogenen Quotierung der Honorarforderung im aktuellen Abrechnungsquartal. Es gilt:

- Für alle Abrechnungsfälle des aktuellen Quartals bis zur Vergleichsfallzahl im Vergleichsquartal 1995 zzgl. 2 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe (der die Arztpraxis abrechnungstechnisch zugeordnet ist) im Vergleichsquartal 1995 erfolgt die Anerkennung des Fallwertes zu 100%.
- Für alle Abrechnungsfälle des aktuellen Quartals, die oberhalb der Vergleichsfallzahl der Arztpraxis im Vergleichsquartal 1995 zzgl. 2 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe im Vergleichsquartal 1995 liegen, erfolgt die Anerkennung des Fallwertes zu 50 % (Abschnitt III Nr. 2 Abs. 1 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM 2002 I-III).

Im HVM 2002 wurde diese Regelung für die Folgequartale und somit auch für das Quartal IV/04 in LZ 505 fortgeführt mit der Einschränkung, dass im aktuellen Abrechnungsquartal die Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe im Vergleich zum entsprechenden Quartal des Jahres 2001 um mehr als 1 % gestiegen ist. Maßgebliches Referenzquartal ist ferner das entsprechende Quartal des Jahres 2001.

Auf dieser Grundlage wurde für den Kläger nach dem Vortrag der Beteiligten ein Fallwert aus dem Jahr 1997 (634 Fälle) festgesetzt, in dem sich die Praxis des Klägers noch im Aufbau befand.

Ferner kamen in allen Quartalen des Jahres 2002 die Regelungen der bis zum 30.06.2003 geltenden Praxis- und Zusatzbudgets nach dem EBM zur Anwendung.

Auf der Grundlage dieser Regelungen nahm die Beklagte für das Jahr 2002 folgende Honorarfestsetzungen vor:

I/02 II/02 III/02 IV/02

Honorarbescheid vom 08.09.2002 22.10.2002 22.01.2003 20.07.2003

Bruttohonorar Primär- u. Ersatzkassen gesamt in

Euro 35.007,80 35.992,50 35.720,08 45.512,64

Anerkanntes Honorar in Euro 55.037,41 57.529,89 56.921,87 70.866,47

Angefordertes Honorar in Euro 58.078,45 68.552,38 67.096,52 75.771,85

Fallzahl Kläger PK + EK 855 967 936 1.026

Fallzahl Fachgruppe 862 870 845 859

Fallzahlabhängige Quotierung Fallzahlgrenze 647 647 645 884

Fallzahl 855 967 936 1.026

Quote in % 87,83 83,45 84,45 93,08

Belastung in Punkten 59.286,1 214.841,6 198.123,2 95.549,1

Praxisbudget

"Grünes" Praxisbudget in Punkten 1.021.793,7 1.135.366,3 1.086.889,6 1.175.282,3

Angefordertes Honorarvolumen in Punkten 936.647,0 1.124.989,0 1.093.222,0 1.216.834,0

Differenz in Punkten - - 6.332,4 41.551,7

Quote in % 100,00 100,00 99,3207 96,5853

Soweit die Beklagte damit Begrenzungen aus früheren Quartalen fortführt, ist dies grundsätzlich zulässig. Dies ist insoweit mit den Zielen der Stabilisierung der Punktwerte und der Kalkulationssicherheit vereinbar. Als individuelle Umsätze aus der Vergangenheit kann an die anerkannten Umsätze angeknüpft werden (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, UrT. v. 01.10.2003 - [L 11 KA 289/01](#) - juris Rdnr. 25; Freudenberg in: jurisPK-SGB V, § 85 Rdnr. 159). Dies gilt nicht nur für Berichtigungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen, sondern generell auch für Honorarbegrenzungsmaßnahmen, soweit diese rechtmäßig waren oder die Honorarbescheide bestandskräftig sind. Diese Honorarbegrenzungsmaßnahmen dienen insgesamt dazu, ein "überschießendes" Punktzahlvolumen aus der Honorarverteilung herauszunehmen, um zu noch vertretbaren Punktwerten zu gelangen. Andernfalls würde es zu größeren Verwerfungen innerhalb und zwischen den Arztgruppen kommen. Das Bundessozialgericht hat es insoweit nicht beanstandet, dass für die Bemessung der Praxisbudgets an die Werte angeknüpft wurde, die sich im ersten Halbjahr 1996 unter Berücksichtigung jener Teilbudgetierung ergeben hätten, die aus den verfassungsrechtlichen Grenzen einer echten Rückwirkung, nicht aus dem Regelungsgehalt der Teilbudgetierung selbst beanstandet worden waren (vgl. BSG, UrT. v. 22.06.2005 - [B 6 KA 80/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 10](#), juris Rdnr. 27; BSG, UrT. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) = [BSGE 83, 52](#) = [NZS 1999, 362](#), juris Rdnr. 21).

Allerdings muss das Anknüpfen an frühere Quartale insofern eine Einschränkung erfahren, als dies an Fallzahlbegrenzungen ansetzt. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist es nur zumutbar, die einzelne Praxis für eine bestimmte Zeit an dem in der Vergangenheit selbst geschaffenen Umsatzvolumen festzuhalten (vgl. BSG, UrT. v. 13.03.2002 - [B 6 KA 1/01 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 45](#) = [BSGE 89, 173](#), juris Rdnr. 27). Die Beklagte hat selbst für die Fallzahlbegrenzungsmaßnahmen in den streitbefangenen Quartalen III/03 bis IV/04 auf die Referenzquartale des Jahres 2002 verwiesen. Indem aber über die Maßnahme nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM 2003 indirekt für die Quartale III/03 und I und III/04 die Fallzahlbegrenzungen aus 1995 bzw. hier für den Kläger aus 1997 fortgelten, setzt sie sich in Widerspruch zu den neu formulierten Referenzquartalen. Insbesondere im Hinblick darauf, dass die Fallzahlen seit Jahren kontinuierlich steigen, sind die Fallzahlgrenzen gleichfalls anzupassen. Einen Zeitraum von mehr als sechs Jahren hält die Kammer jedenfalls für unzulässig. Von daher weist der Kläger zu Recht auf die erheblichen Auswirkungen hin, wie sie sich jeweils zwischen den ersten drei Quartalen im Verhältnis zum vierten Quartal eines Jahres zeigen. Für die Quartale IV/03 und IV/04 gilt dies jedoch nicht. Im Quartal IV/02 verweist der HVM 2003 auf das

Referenzquartal des Jahres IV/01, was nicht zu beanstanden war. Indem über die Maßnahme nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM 2003 indirekt die Fallzahlbegrenzung aus dem Jahr 2001 fortgelten, setzt sie sich zwar ebf. in Widerspruch zu den neu formulierten Referenzquartalen. Dies ist aber noch hinzunehmen, da es sich um einen Zeitraum von zwei bzw. drei Jahren handelt, in dem indirekt die Fallzahlbegrenzung fortgeführt wird.

Bei einer Neubescheidung wird die Beklagte daher im Wege einer Sonderregelung das Individualbudget für die Quartale III/03 und I und III/04 in der Weise zu berechnen haben, dass die Referenz quartale des Jahres 2002 ohne die aufgrund der Fallzahlbegrenzung erfolgten Quotierungen zu berücksichtigen sind. Maßgeblich ist dann das sich hieraus ergebende Individualbudget.

Die Beklagte hat auch die Aufteilung der Gesamtvergütung nach ihrem Regelwerk in nicht zu beanstandender Weise vorgenommen. Zu beanstanden war allerdings im Ergebnis eine Honorarverteilung, die zu nicht mehr hinnehmbaren Unterschieden innerhalb der Honorar(unter)gruppen führt und damit zu einer unzureichenden Honorierung der Honorar(unter)gruppe des Klägers und damit des Klägers selbst.

Nicht zu beanstanden war die Aufteilung der Gesamtvergütung nach dem Regelwerk der Beklagten.

Für die fachärztliche Versorgungsebene steht für die Quartale III/03 bis IV/04 nach dem HVM 2002 der insgesamt für den fachärztlichen Versorgungsbereich zur Verfügung stehende anteilige Verteilungsbetrag, vermindert um die Honorar-/Kostenforderungen der Honorargruppen B 4 und B 5 anteilig für die Vergütung der Honoraransprüche der einzelnen Honorar(unter)gruppen in der fachärztlichen Versorgungsebene zur Verfügung, nach Abzug besonderer Maßnahmen für die Honorargruppe B 3. Der danach verbleibende Verteilungsbetrag wird auf die einzelnen Honorar(unter)gruppen B 2.1 bis 2.23 auf Basis der prozentuellen Anteile dieser Honorar(unter)gruppe am seinerzeitigen Verteilungsbetrag in den Quartalen I/01 bis 4/01 unter Berücksichtigung verschiedener Korrekturen (z. B. von Auffüllungsbeträgen, Zahlungen nach Härtefallregelungen Änderung in der Arztgruppen-/Honorar(unter)gruppenzuordnung (vgl. Nr. 4.2.2 Abs. 1 u. 2 der Anlage 1 und 2 zu LZ 702 HVM 2002) anteilig aufgeteilt.

Auf der Basis der nach vorstehenden Vorgaben jeweils ermittelten Honoraranteile ist für jede der Honorar(unter)gruppen B 2.17, B 2.18 und B 2.20 ein vorläufiger Verteilungspunktwert sowie für die gesamte Honorargruppe A 2 ein vorläufiger mittlerer Verteilungspunktwert als Quote aus den jeweils zur Verfügung stehenden Honoraranteilen und den jeweiligen Honorarforderungen vor Durchführung von budgetierenden bzw. bewertenden Maßnahmen nach LZ 208 (gültig bis 30.06.2003) sowie LZ 504 ff zu ermitteln. Liegt ein vorläufiger Verteilungspunktwert in einer der Honorar(unter)gruppen B 2.17, B 2.18 und B 2.20 mehr als 10 % unter dem vorläufigen mittleren Verteilungspunktwert der Honorargruppe B 2, so sind zur Sicherung des maximalen Punktwertabstandes von 10 % der dann betroffenen Honorar(unter)gruppen Auffüllungsbeträge zu Lasten der gesamten Honorargruppe B 2 (vorab) zur Verfügung zu stellen. Diese mindern damit anteilig den für alle anderen Honorar(unter)gruppen zur Verfügung stehenden prozentualen Honoraranteil am Verteilungsbetrag (vgl. Nr. 4.2.2 Abs. 3 der Anlage 1 und 2 zu LZ 702 HVM 2002).

Die vorstehende Regelung gilt entsprechend für die übrigen Honorar(unter)gruppen B 2.1 bis B 2.16, B 2.19, B 2.21 und B 2.23, wenn der vorläufige Punktwert dieser Honorar(unter)gruppen mehr als 15 % unter dem vorläufigen mittleren Punktwert der Honorargruppe B 2 liegt (vgl. Nr. 4.2.2 Abs. 4 der Anlage 1 und 2 zu LZ 702 HVM 2002).

Für zeitgebundene genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnittes G IV EBM wird innerhalb der jeweiligen Honorar(unter)gruppen B 2.1 bis B 2.23 ein Mindestpunktwert gemäß Vorgabe des Bewertungsausschusses von 3,97 Ct. für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte bzw. -therapeuten bis zu einer Höhe von 561.150 Punkten (Primär- und Ersatzkassen) je Quartal und Vertragsarzt vergütet. Liegt danach der vorläufige Verteilungspunktwert bei der Honorar(unter)gruppe B 2.22 um mehr als 15 % unter dem vorläufigen mittleren Punktwert der Honorargruppe B 2, so ist eine Auffüllung zur Sicherung des maximalen Punktwertabstandes von 15 % bezogen auf den vorläufigen mittleren Punktwert der Honorargruppe B 2 vorzunehmen. Die notwendigen Auffüllungsbeträge mindern in diesem Sinne anteilig die für die übrigen Honorar(unter)gruppen B 2.1 bis B 2.21 und B 2.23 zur Verfügung stehenden Honoraranteile am Verteilungsbetrag. Bei Ärzten der Honorar(unter)gruppe B 2.7 gilt befristet für die Quartale 4/02 bis 3/03 die Bewertungsvorgabe mit einem Mindestpunktwert von 3,97 Ct. für zeitgebundene genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnittes G IV EBM ohne weitere Einschränkung bis zu einer Höhe von 561.150 Punkten (Primär- und Ersatzkassen) je Quartal und Vertragsarzt (vgl. Nr. 4.2.2 Abs. 5 der Anlage 1 und 2 zu LZ 702 HVM 2002).

Soweit aufgrund der Stützung einer Honorar(unter)gruppe eine andere Honorar(unter)gruppe selbst den jeweiligen maximalen Punktwertabstand von 10 % bzw. 15 %, jeweils bezogen auf die vorläufigen Verteilungspunktwerte, überschreitet, endet ihre Beteiligung an der Stützung anderer Honorar(unter)gruppen mit Erreichen des maximalen Punktwertabstandes (vgl. Nr. 4.2.2 Abs. 5 der Anlage 1 und 2 zu LZ 702 HVM 2002).

Für die Quartale I und II/03 sah der HVM 2002 eine vergleichsweise Regelung (vgl. Abschnitt 4.2 der Anlage 1 und 2 zu LZ 702 HVM 2002) vor, wobei als Referenzzeitraum die Quartale I bis IV/01 galten.

Die Kammer hat mit den Beteiligten in der mündlichen Verhandlung den Mechanismus von Honorarzuweisung und Durchführung der Stützungsmaßnahmen am Beispiel des Ersatzkassenbereichs im Quartal III/04 erörtert. Danach wurde zunächst die Gesamtvergütung für das entsprechende Quartal errechnet. Es wurde auf der Grundlage des Quartals III/01 der Anteil der Fachgruppe im Referenzjahr bzw. im Referenzquartal des Jahres 2001 errechnet. Für die Honorar(unter)gruppe des Klägers waren dies 6,45087 %. Dieser Anteil wurde von der aktuellen Gesamtvergütung im Quartal III/04 berechnet, das waren 5.014.155,48 EUR. Es wurde dann das anerkannte Punktzahlvolumen errechnet für die Honorargruppe, dieses wurde der anteiligen Gesamtvergütung gegenübergestellt und es wurde ein Punktwert errechnet. Ferner wurde wegen der Stützungsverpflichtung bei einem Abweichen von 15 % ein Durchschnittspunktwert errechnet. Hierfür wurde das Punktzahlvolumen aller Honorargruppen der Gesamtvergütung gegenübergestellt und es wurde dann der Durchschnittspunktwert errechnet. Im betreffenden Quartal im Ersatzkassenbereich lag dieser bei 2,95 Cent, vor Abzug der erweiterten Honorarverteilung und der Notdienstvergütung. Dieser Wert liegt 15 % unterhalb des sich rechnerisch ergebenden Punktwertes. Alle Fachgruppen, die unterhalb dieses errechneten Punktwertes lagen, mussten gestützt werden. Alle Fachgruppen, die über diesem Wert lagen, wurden zur Stützung herangezogen, maximal bis zum Erreichen des Durchschnittswerts. Für die Honorar(unter)gruppe des Klägers ergab sich hieraus eine Stützungsverpflichtung in Höhe von 586.129,70 EUR. Dies bedeutete eine Quote von 88,3105 %. Dabei wurde die Honorar(unter)gruppe des

Klägers nicht vollständig zur Stützung herangezogen, da sie ansonsten selbst unterhalb des durchschnittlichen Punktwertes gefallen wäre. Die Stützungsquote ergab sich dadurch, dass zunächst der Stützungsbedarf errechnet wurde und in einem weiteren Schritt der mögliche Stützungsumfang. Hieraus ergab sich eine Quote derjenigen Fachgruppen, die zur Stützung herangezogen wurden, in Bezug zum Stützungsbedarf. Diese Quote wurde nun auf alle stützungsfähigen Fachgruppen angewandt, und in diesem Umfang wurden sie bis zur genannten Untergrenze zur Stützung herangezogen. Die fehlenden Beträge wurden in einem zweiten Durchgang auf diese Weise generiert. Der zahlenmäßige Umfang der Stützungsverpflichtung bestand insbesondere seit Hinzukommen der Psychotherapeuten, da die Aufteilung letztlich auf Quartalen basiert, in denen ein Großteil von ihnen noch nicht an der Honorarverteilung teilgenommen hatte. Die Psychotherapeuten erhalten z. T. feste Punktwerte für die genehmigungspflichtigen Leistungen. Diese werden zunächst aufgrund des Honorartopfes vergütet. Reicht die Vergütung des Honorartopfes insgesamt nicht aus, was geschehen kann, so wird der fehlende Betrag im Rahmen des Stützungsausgleichs herangezogen. Hinzu kommen dann die weiteren Leistungen. Es kann sein, dass auf diese Weise diese vollständig im Rahmen der Stützungsverpflichtung erst vergütet werden können. Im Ersatzkassenbereich für das Quartal III/04 betrug die fachärztliche Vergütung für die Honorargruppe 2 77,7 Mio. EUR insgesamt. Die Psychotherapeuten wurden im Ersatzkassenbereich allein mit 3,75 Mio. EUR gestützt. Dies betrifft nur die psychologischen Psychotherapeuten. Hinzu kommen die ärztlichen Psychotherapeuten mit 1,59 Mio. EUR. Die Stützungsverpflichtung lag im Ersatzkassenbereich insgesamt bei 6,5 Mio. EUR. Im Primärkassenbereich wurden im Quartal III/04 insgesamt 7,5 Mio. EUR in die Stützung eingefüttert, davon entfielen 4,6 Mio. EUR auf den Bereich der psychologischen Psychotherapeuten und 1,5 Mio. EUR auf den Bereich der ärztlichen Psychotherapeuten.

Wenn auch der tatsächliche Rechenvorgang wesentlich komplizierter ist, da Leistungen ein- und ausgerechnet werden müssen, z. B. durch Veränderung der Vertragslandschaft, also Veränderungen einer Vorabvergütung oder Festvergütung, im Grunde genommen dann jede Leistungsziffer im Einzelnen nachvollzogen werden muss, so ist der Kammer aber nichts ersichtlich, dass die Beklagte hier Kontingenzzuweisungen fehlerhaft verbucht hätte. Auch waren die Vorgaben der Stützungsverpflichtung und der festen Punktwerte von der Kammer nicht zu beanstanden.

Rechtlich unbedenklich ist gleichfalls die Kombination von Individualbudgets und floatendem Punktwert (vgl. BSG, Urt. v. 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#) = [BSGE 92, 10](#) = [GesR 2004, 325](#) = Breith 2004, 819-827 = [NZS 2004, 612](#) = USK 2003-157, juris Rdnr. 20).

Die Höhe des Punktwerts der Honorar(unter)gruppe des Klägers war von der Kammer ebf. nicht zu beanstanden. Dabei kommt es auch nicht auf die Relation zum Punktwert zu den übrigen Fachgruppen an. Der Punktwert für die Fachgruppe des Klägers entwickelte sich in den Jahren 2002 bis 2004 wie folgt:

Quote	Punktwert Allg.	Leistungen (HG 2)
Quartal	PK	PK (vor EHV) EK EK (vor EHV)
I/02	30,55	34,05
II/02	31,50	33,40 31,95 33,90
III/02	30,85	32,70 32,65 34,60
IV/02	31,52	33,43 33,48 35,50
I/03	25,74	27,24 28,09 29,72
II/03	28,54	30,20 27,97 29,60
III/03	30,38	3,215 28,94 3,062
IV/03	32,87	34,78 32,90 34,82
I/04	28,88	30,56 30,02 31,77
II/04	29,99	31,74 31,46 33,29
III/04	27,82	29,44 27,83 29,45
IV/04	30,32	32,08 30,69 32,48

Im Mittel aller drei Jahre ergibt dies (Berechnungen der Kammer) - nach Abzug für die EHV - einen durchschnittlichen Punktwert im Primärkassenbereich von 2,991 Ct. und im Ersatzkassenbereich von 3,084 Ct. Für das Jahr 2002 beträgt der durchschnittliche Punktwert 3,111 Ct. (100 %) bzw. 3,303 Ct. (100 %), im Jahr 2003 2,938 Ct. (94,4 %) bzw. 2,948 Ct. (89,3 %), im Jahr 2004 2,925 Ct. (94,0 %) bzw. 3,000 Ct. (90,8 %). Soweit ein Absinken des Punktwerts insbesondere im Jahr 2003 im Vergleich zum Vorjahr feststellbar ist, so setzt sich dieser Trend im Jahr 2004 nicht fort, wenn auch ein relevantes Ansteigen des Punktwerts nicht zu verzeichnen ist.

Das Kriterium eines unzulässigen Absinkens des Punktwertes auf 15 % unter demjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen passt auf Honorarverteilungsregelungen der hier zu beurteilenden Art nicht. Im Übrigen hat die Beklagte für alle streitbefangenen Quartale einen entsprechenden Stützungsmechanismus eingebaut. Sind wie im vorliegend maßgebenden HVM zahlreiche Honorarkontingente geschaffen worden, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdecken, so gibt es keinen "Restbereich sonstiger Leistungen" mehr, dessen Punktwert als Vergleichsbasis herangezogen werden könnte (vgl. BSG, Urt. v. 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#) = [BSGE 93, 258](#) = [ZMGR 2005, 112](#) = [GesR 2005, 267](#) = [MedR 2005, 366](#) = [SGB 2005, 541](#) = [NZS 2005, 665](#), juris Rdnr. 32-34). Ob aus dem Punktwertverfall in einem wesentlichen Leistungsbereich eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Korrektur der Honorarverteilung folgt, kann damit nur im Rahmen einer Gesamtbetrachtung, also unter Einbeziehung aller einer Arztgruppe zuzuordnenden Honorarkontingente bzw. der daraus resultierenden Punktwerte und Honorarbeträge, ermittelt werden. Das beruht darauf, dass sich der Anspruch eines Vertragsarztes auf Honorarteilhabe aus [§ 72 Abs. 1 Satz 2](#) i. V. m. [§ 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) unter der Geltung begrenzter Gesamtvergütungen erst durch sämtliche, einem bestimmten Leistungsbereich zuzuordnende Honorarkontingente und die für diese Honorarkontingente berechneten Verteilungspunktwerte zu einem der Höhe nach individualisierten Honoraranspruch konkretisiert. Die isolierte Betrachtung einzelner Honorarkontingente und der dafür auszahlenden Punktwerte hingegen kann die tatsächliche Höhe der Vergütung einer Arztgruppe für deren vertragsärztliche Leistungen regelmäßig nur unzureichend widerspiegeln (vgl. BSG, Urt. v. 29.08.2007 - [B 6 KA 43/06 R](#) - USK 2007-78, juris Rdnr. 20).

Maßgeblich kommt es damit auf die Gesamthonorarsituation über mindestens vier zusammenhängende Quartale an (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breith 2005, 817, juris Rdnr. 140 f.; BSG, Urt. v. 29.08.2007 - [B 6 KA 43/06 R](#) - USK 2007-78, juris Rdnr. 20).

Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der KÄVen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass (auch) die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, der die Kammer auch hier folgt, kann aus dieser Bestimmung ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für ärztliche Tätigkeiten erst dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet wird. Bei einer zu niedrigen Bewertung lediglich einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe ist dies regelmäßig nicht der Fall (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = [Breith 2005, 817](#), juris Rdnr. 130 m.w.N.). Ein darüber hinausgehender Anspruch folgt auch nicht aus anderen Vorschriften, insbesondere nicht aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -, aaO., Rdnr. 137 f. u. 139 ff.). Dabei ist für die Prüfung einer ausreichenden Honorierung auf alle Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit abzustellen, also insbesondere auch unter Einbeziehung der Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit, nicht nur auf die Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit (vgl. BSG, Beschl. v. 31.08.2005 - [B 6 KA 22/05 B](#) - juris Rdnr. 10; BSG, Beschl. v. 23.05.2007 - [B 6 KA 27/06 B](#) - juris Rdnr. 10). Die als verfassungskonform zu bewertenden gesetzlichen Grundstrukturen über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen erfordern einen Ausgleich u. a. zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung. Dieser Ausgleich ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts - erst - dann nicht mehr verhältnismäßig realisiert (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw. eine Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -, aaO., Rdnr. 153 m.w.N.).

Das Bundessozialgericht hat bisher in Überschüssen aus vertragsärztlicher Tätigkeit von 62.000 EUR im Jahr je Radiologe noch keine flächendeckend unzureichende Vergütung vertragsärztlicher Leistungen einer bestimmten Arztgruppe gesehen, zumal mit einem Überschuss von 62.000 EUR pro Jahr das im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen vom 1. Juli 1997 kalkulierte Durchschnittseinkommen knapp von unter 70.000 EUR je Arzt annähernd erreicht werde (vgl. BSG, Urt. v. 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#) = [BSGE 93, 258](#) = [ZMGR 2005, 112](#) = [GesR 2005, 267](#) = [MedR 2005, 366](#) = [SGB 2005, 541](#) = [NZS 2005, 665](#), juris Rdnr. 28). Jedenfalls für einen begrenzten Zeitraum in den alten Bundesländern hat es auch in Überschüssen aus vertragsärztlicher Tätigkeit von lediglich 12.000 EUR pro Quartal bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen, insbesondere einer gewährleisteten vertragsärztlichen Versorgung im jeweiligen Fachgebiet, für die Jahre 1998 bis 2000 keinen Anlass zur Beanstandung gesehen (vgl. BSG, Beschl. v. 31.08.2005 - [B 6 KA 22/05 B](#) - juris Rdnr. 9). Das LSG Hessen hat für die Arztgruppe der Nervenärzte bei einem Honorarumsatz im Jahr 1999 im gesamten Bundesgebiet von durchschnittlich 302.000,00 DM, woraus sich bei einem durchschnittlichen Betriebskostenanteil von 53,8 % ein Durchschnittseinkommen vor Steuer in Höhe von 139.524,00 DM ergab, bzw. einem Honorarumsatz im Jahr 2000 von 298.900,00 DM, was bei einem etwas gesunkenen Betriebskostenanteil in Höhe von 53,3 % zu einem Einkommen vor Steuer in Höhe von durchschnittlich jährlich 139.586,30 DM pro Arzt führte, und einem sich daraus ergebenden Durchschnittseinkommen rein aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Höhe von etwa 11.000,00 DM monatlich nicht auf ein unangemessen niedriges Vergütungsniveau der vertragsärztlichen Tätigkeit geschlossen (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 15.11.2006 - [L 4 KA 19/05](#) -, Urteilsdruck S. 16).

Nach den Angaben der KBV betrug im Jahr 2004 das Gesamthonorar aus vertragsärztlicher Tätigkeit für Nervenärzte je Arzt 151.000 Euro im gesamten Bundesgebiet (Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2005, Tabelle III.2). Das Statistische Bundesamt ermittelte für das Jahr 2003 für die Gruppe der Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie und Psychotherapie in Einzelpraxen und unter Einschluss rein privatärztlicher Praxen Einnahmen von 208.000 Euro, wovon 77,0 % (160.160 Euro) auf ambulante und stationäre Kassenpraxis, 16,6 % (34.528 Euro) auf ambulante und stationäre Privatpraxis und 6,4 % (13.312 Euro) auf sonstige selbständige ärztliche Tätigkeit entfielen. Bei einem Kostensatz von 50,1 % ergab dies einen Reinertrag von 104.000 Euro (vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 2, Reihe 1.6.1, Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen, ZF. 2006, S. 13).

Aus den Angaben der Beklagten ergibt sich - unter Zugrundelegung der vom Statistischen Bundesamt ermittelten Kostensätze - folgende Einkommensentwicklung der Fachgruppe des Klägers im Vergleich zu verschiedenen anderen Fachgruppen nach den Berechnungen der Kammer; ergänzend werden Durchschnittswerte aus dem Durchschnitt aller aufgeführten Arztgruppen mit Ausnahme der Anästhesisten angegeben (hierfür fehlten Angaben zum Kostensatz) und die Relation der einkommensschwächsten und einkommensstärksten Arztgruppe zu diesem Durchschnittswert. Dabei werden in der Spalte "Fachgruppe" in Klammern die Kostensätze für das Jahr 2003 (Summe aus: Personalaufwendungen, Aufwendungen für Material und fremde Laborarbeiten, für Mieten/Leasing und sonstige Aufwendungen), wie sie das Statistische Bundesamt (Fachserie 2, Reihe 1.6.1, Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen, ZF. 2006, S. 13) ermittelt hat, angegeben, in der Spalte des Gesamtjahres werden die Umsätze und die von der Kammer mit Hilfe dieser Kostensätze errechneten Erlöse angegeben.

Fachgruppe I/01 II/01 III/01 IV/01 2001
 Neurologen und Psychiater VFG-VTG 57-69 (50,1 %)
 38.337,42 19.130,37 38.354,45 37.751,98 39.239,37 153.683,22 76.687,93
 Anästhesisten VFG-VTG 09-00 (
 39.221,99 36.305,72 33.365,51 31.708,65 140.601,87
 Augenärzte VFG-VTG 13-00 (53,6 %)
 59.610,12 27.659,10 57.280,73 58.547,24 42.714,00 218.152,09 101.222,56
 Chirurgen VFG-VTG 17-00 (61,0 %)
 54.677,25 21.324,13 51.074,16 50.491,67 50.121,85 206.364,93 80.482,32
 Gynäkologen VFG-VTG 21-00 (55,1 %)
 45.181,01 20.286,27 43.772,03 43.141,20 42.947,69 175.041,93 78.593,85
 HNO-Ärzte VFG-VTG 25-00 (53,6 %)
 47.650,88 22.110,01 48.173,09 45.044,80 45.615,30 186.484,07 86.528,61
 Hautärzte 29-00 VFG-VTG (55,9 %)
 42.230,71 18.623,74 42.332,00 40.027,03 42.107,26 166.697,00 73.513,38
 Orthopäden VFG-VTG 61-00 (58,1 %)

55.694,89 23.336,16 54.572,23 54.294,89 55.328,74 219.890,75 92.134,22
Urologen VFG-VTG 69-00 (55,1 %)
48.802,16 21.912,17 48.434,61 47.874,88 50.307,10 195.418,75 87.743,02
Durchschnitt 2001 ohne Anästhesisten nach Abzug Kostensatz: 84.613,24
Augenärzte: 119,6 %
Neurologen und Psychiater: 90,6 %
Verhältnis Neurologen und Psychiater: Augenärzte: 132,0

I/02 II/02 III/02 IV/02 2002

Neurologen und Psychiater VFG-VTG 57-69 (50,1 %)
37.228,11 36.763,78 34.929,50 37.595,80 146.517,19 73.112,08
Anästhesisten VFG-VTG 09-00 (33.840,19 35.640,97 31.397,75 36.749,45 137.628,36
Augenärzte VFG-VTG 13-00 (53,6 %)
57.486,12 59.226,76 55.058,65 60.898,00 232.669,53 108.656,67
Chirurgen VFG-VTG 17-00 (61,0 %)
50.841,57 51.479,20 47.339,95 51.142,55 200.803,27 78.313,28
Gynäkologen VFG-VTG 21-00 (55,1 %)
43.947,69 42.450,17 40.021,34 43.061,47 169.480,67 76.096,82
HNO-Ärzte VFG-VTG 25-00 (53,6 %)
46.289,36 45.697,34 42.179,91 46.875,66 181.042,27 84.003,61
Hautärzte 29-00 VFG-VTG (55,9 %)
41.526,01 40.635,89 38.160,08 41.857,41 162.179,39 71.521,11
Orthopäden VFG-VTG 61-00 (58,1 %)
54.936,98 53.604,21 49.958,40 55.505,02 214.004,61 89.667,93
Urologen VFG-VTG 69-00 (55,1 %)
48.966,94 48.088,01 45.182,47 50.717,77 192.955,19 86.636,88
Durchschnitt 2002 ohne Anästhesisten Nach Abzug Kostensatz: 83.501,05
Augenärzte: 130,1 %
Neurologen und Psychiater: 87,6 %
Verhältnis Neurologen und Psychiater: Augenärzte: 148,6 %

I/03 II/03 III/03 IV/03 2003

Neurologen und Psychiater VFG-VTG 57-69 (50,1 %)
34.083,08 33.321,80 33.414,87 38.223,69 18.767,83 139.043,44 69.382,68
Anästhesisten VFG-VTG 09-00 (39.035,07 36.989,03 32.867,14 39.206,36 148.097,6
Augenärzte VFG-VTG 13-00 (53,6 %)
61.563,34 59.479,60 57.519,49 64.374,26 242.936,69 112.722,62
Chirurgen VFG-VTG 17-00 (61,0 %)
52.818,62 52.084,33 48.107,66 52.891,44 205.902,05 80.301,80
Gynäkologen VFG-VTG 21-00 (55,1 %)
43.311,00 41.692,80 40.138,50 43.389,04 168.531,34 75.670,57
HNO-Ärzte VFG-VTG 25-00 (53,6 %)
45.173,57 45.785,31 41.139,75 46.069,25 178.167,88 82.669,90
Hautärzte 29-00 VFG-VTG (55,9 %)
40.872,29 40.119,72 37.689,87 41.797,16 160.479,04 70.771,26
Orthopäden VFG-VTG 61-00 (58,1 %)
54.315,59 52.544,14 49.528,79 54.311,15 210.699,67 88.283,16
Urologen VFG-VTG 69-00 (55,1 %)
48.367,49 47.550,84 44.558,98 50.387,39 190.864,7 85.698,25 Durchschnitt 2003 ohne Anästhesisten Nach Abzug Kostensatz: 83.187,53
Augenärzte: 135,5 %
Neurologen und Psychiater: 83,4 % Verhältnis Neurologen und Psychiater: Augenärzte: 162,5 %

I/04 II/04 III/04 IV/04 2004

Neurologen und Psychiater VFG-VTG 57-69 (50,1 %)
33.702,99 16.817,79 34.287,07 31.801,43 36.260,66 136.052,15 67.890,02
Anästhesisten VFG-VTG 09-00 (38.857,00 35.762,55 31.959,75 36.000,00 142.579,30
Augenärzte VFG-VTG 13-00 (53,6 %)
63.611,18 29.515,59 61.811,35 52.441,33 59.221,71 237.085,57 110.007,70
Chirurgen VFG-VTG 17-00 (61,0 %)
51.971,84 20.269,02 50.359,12 45.964,48 51.826,96 207.517,15 80.931,69
Gynäkologen VFG-VTG 21-00 (55,1 %)
40.534,63 18.200,05 39.543,83 37.235,68 39.511,10 156.907,41 70.451,43
HNO-Ärzte VFG-VTG 25-00 (53,6 %)
43.646,89 20.252,16 43.759,38 39.979,13 44.463,33 171.848,73 79.737,81
Hautärzte 29-00 VFG-VTG (55,9 %)
39.816,63 17.559,13 40.260,20 36.930,14 41.466,51 158.473,48 69.886,80
Orthopäden VFG-VTG 61-00 (58,1 %)
52.659,29 22.064,24 52.892,25 49.222,47 53.719,02 208.493,03 93.613,37
Urologen VFG-VTG 69-00 (55,1 %)

50.387,39 22.623,94 45.971,67 43.286,59 48.630,48 188.276,13 84.535,98
Durchschnitt 2004 ohne Anästhesisten Nach Abzug Kostensatz: 82.131,85
Augenärzte: 133,9 %
Neurologen und Psychiater: 82,7 %
Verhältnis Neurologen und Psychiater: Augenärzte: 133,9 %

Die Zahl der Vertragsärzte in der Gruppe VFG-VTG 57-69, vollzugelassene Neurologen und Psychiater (Doppelzulassung), hat sich im Zeitraum 2002 bis 2004 nach Angaben der Klägerin wie folgt entwickelt:

Quartal I/02 II/02 III/02 IV/02 I/03 II/03 III/03 IV/03 I/04 II/04 III/04 IV/04 Anzahl 204 205 207 214 214 217 217 214 215 214 212 210

Damit lag die Zahl der Vertragsärzte in der Gruppe vollzugelassene Neurologen und Psychiater (Doppelzulassung) im Jahresschnitt 2003 bei 214,5 und im Jahresschnitt 2004 bei 212,75 Ärzten gegenüber 207,5 im Jahresschnitt 2002. Ein signifikanter Rückgang der Zahl der Ärzte ist im Jahr 2004 nicht festzustellen. gegenüber dem Jahr 2002 ist im Jahresschnitt weiterhin ein Zuwachs zu verzeichnen.

Wenn damit auch für die Honorar(unter)gruppe des Klägers insgesamt kein absolut unangemessenes Honorar festgestellt werden konnte, so sieht die Kammer jedoch in den hohen Unterschieden der Vergütung zwischen den Honorar(unter)gruppen einen Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

Bei der Wahrnehmung des Gestaltungsspielraums hat der HVM-Geber die gesetzlichen Vorgaben - insbesondere in [§ 85 Abs. 4 ff.](#) SGB V - sowie die Anforderungen des Verfassungsrechts zu beachten, die vor allem in dem aus [Art. 12 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit konkretisiert worden sind (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2007 - [B 6 KA 2/07 R](#) - juris Rdnr. 15). Die Honorarverteilungsregelungen müssen gewährleisten, dass in allen ärztlichen Bereichen ausreichender finanzieller Anreiz besteht, vertragsärztlich tätig zu werden. Jede Arztgruppe muss die Chance haben, eine den anderen Arztgruppen vergleichbare Vergütung zu erhalten (vgl. BSG, Urt. v. 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) = [GesR 2005, 567](#), juris Rdnr. 17). Mit der Bildung von Honorarkontingenten geht eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der HVM-Geber als Normgeber einher. Notwendig ist eine Gesamtbetrachtung (vgl. BSG, Urt. v. 29.08.2007 - [B 6 KA 43/06 R](#) - USK 2007-78, juris Rdnr. 20). Soweit das Bundessozialgericht dies bisher nur auf besondere Konstellationen bezogen hat, sieht die Kammer jedoch eine generelle Verpflichtung einer Kassenärztlichen Vereinigung, zu große Honorarunterschiede zwischen den einzelnen Arztgruppen auszugleichen. Von daher besteht zunächst eine generelle Beobachtungspflicht einer Kassenärztlichen Vereinigung über die Honorarsituation. Im Hinblick auf die genannte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann hierbei nicht allein auf Punktwerte abgestellt werden. Die Vielzahl verschiedener zulässiger Vergütungsformen und Honorarbegrenzungsmaßnahmen führt dazu, dass allein die Garantie von Mindestpunktwerten eine annähernd gleichmäßige und leistungsproportionale Honorarverteilung nicht mehr gewährleisten kann. Durchschnittsumsätze sind zudem zur Beobachtung der Honorarentwicklung zwischen den Honorargruppen nur ein unzureichendes Mittel, da die Kostensätze der einzelnen Honorargruppen recht unterschiedlich sind. Die Beklagte wird daher zunächst auch Erhebungen anderer Stellen über die Kostensätze heranzuziehen haben. Sie kann sich jedenfalls nicht weiterhin auf den Standpunkt stellen, über keine Daten zu Kostensätzen zu verfügen, wie noch in diesem Verfahren gegenüber der Kammer geschehen. Im Ergebnis bedeutet dies, dass sie über die tatsächliche Einkommenssituation der Honorargruppen nicht unterrichtet ist und insofern steuernde Maßnahmen nicht ergreifen kann bzw. diese auf wenig nachvollziehbarer Grundlage beruhen.

Für die Beurteilung der Honorarsituation können nach der bereits genannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auch durchschnittliche Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit oder aus sonstiger ärztlicher Tätigkeit berücksichtigt werden.

In Anlehnung an die frühere Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hält die Kammer ein Eingreifen der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. des HVM-Gebers für erforderlich, wenn die genannte Honorarsituation zu Abweichungen von mehr als 15 % eines Durchschnittshonorars führt (vgl. BSG, Urt. v. 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [SozR 3 2500 § 85 Nr. 26](#) = [BSGE 83, 1](#) = [NZS 1999, 366](#) = [MedR 2000, 150](#), juris Rdnr. 17). Bei der Berechnung des Durchschnittshonorars ist aufgrund der gesetzlichen Vorgaben für die Honorargruppe des Klägers nur auf den fachärztlichen Bereich abzustellen. Im Wege typisierender Betrachtung kann dabei auf die größten Honorargruppen abgestellt werden oder es können Honorar(unter)gruppen nach dem HVM bzw. darüber hinausgehend zusammengefasst werden, so dass nicht für jede einzelne Verarbeitungsfachgruppe die Kostensätze ermittelt werden müssen.

Eine Korrekturverpflichtung setzt weiter voraus, dass es sich um eine dauerhafte, also nicht nur um eine vorübergehende Entwicklung handelt (vgl. BSG, Urt. v. 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - ebd.).

Ausgehend von diesen Grundsätzen geht die Kammer davon aus, dass für die hier streitbefangenen Quartale ein Zustand bereits eingetreten ist, der die Beklagte zum steuernden Eingreifen verpflichtet. Nach den Berechnungen der Kammer sinkt der Erlös der Fachgruppe des Klägers, gemessen am Durchschnittserlös aller berücksichtigten Honorargruppen kontinuierlich in den Jahren 2001 bis 2004 von 90,6 % über 87,6 % und 83,4 % auf 82,7 % im Jahr 2004. Gleichzeitig steigt der entsprechend ermittelte Anteil der erlösstärksten Fachgruppe (Augenärzte) von 119,6 % über 130,1 % und 135,5 % auf noch 133,9 % im Jahr 2004. Wenn sich die Kammer auch bewusst ist, dass die Beklagte eine verfeinerte Honoraranalyse vorzunehmen hat, so sieht sie doch eine sich seit längerem abzeichnende Entwicklung als erwiesen an, die die Beklagte zum Eingreifen verpflichtet. Es obliegt dabei dem Gestaltungsermessen der Beklagten, ob sie eine entsprechende Änderung des HVM im Wege einer Ausgleichsregelung herbeiführt oder das Honorar im Wege einer Einzelfallregelung entsprechend auffüllt. Es ist dann zu errechnen, in welchem Umfang das Honorarkontingent der Honorar(unter)gruppe des Klägers aufzufüllen ist. Auf dieser Grundlage ist ein neuer Punktwert zu errechnen, der dann eine Neuberechnung des Honoraranspruchs ermöglicht. Auf diese Weise wird gewährleistet, dass das Honorar des einzelnen Vertragsarztes nur entsprechend seinem Anteil am Honorarkontingent seiner Honorar(unter)gruppe steigt.

Nach allem war der Klage daher stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung in [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil hat die Verfahrenskosten zu tragen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-10-09