

S 12 KA 822/06

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 822/06

Datum

26.09.2007

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 69/07

Datum

23.04.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 31/08 R

Datum

03.02.2010

Kategorie

Urteil

Leitsätze

In einem Vertrag zur Honorarverteilung kann nicht abweichend vom Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen ein Regelleistungsvolumen für Nephrologen unter Einbeziehung der Dialyseleistungen nach Nr. 13600 bis 13621 EBM 2005 vorgesehen werden.

1. Der Bescheid der Beklagten vom 16.11.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.05.2006 wird aufgehoben.

2. Die Beklagte wird verpflichtet, den Kläger über seinen Antrag vom 24.05.2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

3. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. 4. Die Beklagte hat dem Kläger $\frac{1}{4}$ seiner notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Die Gerichtskosten hat der Kläger zu $\frac{3}{4}$, die Beklagte zu $\frac{1}{4}$ zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Sonderregelung für das Regelleistungsvolumen bei der Honorarberechnung für die Quartale II/05 und ff. hierbei insbesondere um die extrabudgetäre Vergütung der Dialyseleistungen nach Nrn. 13600 bis 13621 EBM 2005.

Der Kläger ist als Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie seit Januar 2001 zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxisstz in A-Stadt zugelassen. Er hat einen Versorgungsauftrag zur nephrologischen Betreuung mit Dialyse nach der Anlage 9.1 zu den Bundesmantelverträgen. Es bestand und besteht eine Kooperation mit der Stiftung Patienten-Heimversorgung in B-Stadt, die als zugelassener Leistungserbringer nach [§ 126 Abs. 2 SGB V](#) die Sach- und Dienstleistungen der Dialyse erbringt.

Das Honorar des Klägers entwickelte sich wie folgt:

Quartal II/05 III/05 IV/05 I/06 II/06 III/06 IV/06

Honorarbescheid v. 29.06.2006 05.08.2006 28.11.2006 21.01.2007 04.02.2007 17.03.2007 18.04.2007

Honorar PK+EK in Euro 32.035,14 28.030,12 27.798,34 22.213,80 24.721,43 30.933,28 25.845,41

Nettohonorar gesamt in Euro 31.402,22 28.585,66 27.188,21 22.231,87 24.177,00 30.278,62 25.253,79

Fallzahl PK+EK 192 210 199 162 183 227 189

Überschreitung RLV in Punkten 164.904,8 178.771,0 104.895,6 161.073,2 157.810,4 164.830,5 64.991,5

Ziff. 7.5 HVV

Auffüllbetrag in Euro 10.413,88 2.402,56 5.853,54 5.014,14 409,90 1.333,34 1.055,53

Fallwert Referenzquartal 166,5153 140,9227 161,8427 160,8643 120,4499 112,4482 115,3249

Fallwert aktuelles Quartal 88,2977 101,0074 85,9101 73,1015 101,1843 90,6561 95,2058

Auffüllungsbetrag je Fall 69,8918 12,5133 32,1623 32,5594 2,2399 6,3492 5,5848

Mit Schreiben vom 24.05.2005 beantragte der Kläger für die Quartale II/05 und ff. eine extrabudgetäre Vergütung der Dialyseleistungen nach Nrn. 13600 bis 13621 EBM 2005, hilfsweise eine Vorabvergütung dieser Leistungen, weiter hilfsweise eine Neuregelung der Vergütungsregelungen unter Beachtung der Besonderheiten der Dialyseleistungserbringung, weiter hilfsweise die Zusage einer individuellen Praxisregelung, mit der ein Ausgleich im Sinne einer Auffüllung zu dem Regelleistungsvolumen erfolge. Zur Begründung trug er vor, die

Einbeziehung der Nephrologie mit Dialyse in die Regelleistungsvolumina begegne grundsätzlichen Bedenken. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses durch dessen Beschluss vom 29.10.2004 seien verbindlich. Die Beklagte könne hiervon nicht abweichen. Dieser habe die Nephrologen von der Bildung von Regelleistungsvolumina ausgenommen. In Ziff. 4.1 werde eine Vorabvergütung vorgesehen. Bei 39 Dialysebehandlungen eines Patienten im Quartal, die jeweils nach Nr. 13610 EBM 2005 mit 400 Punkten abgerechnet würden, ergebe sich eine notwendige Punktanforderung von ca. 17.000 Punkten. Dem stehe eine Fallpunktzahl von 2.000 Punkten pro Quartal nach dem Honorarverteilungsvertrag gegenüber. Ein Dialysepatient komme meist auf Überweisung und könne nicht weggeschickt werden. Nephrologen unterlägen einer strengen Arzt-Patienten-Relation. Bei einer Einbeziehung in die Regelleistungsvolumina müssten diese besonders ausgestattet werden. In Hessen gebe es 33 Nephrologenpraxen, davon 26 mit Dialyse. Die sieben Praxen ohne Dialyse beeinflussten den Honorartopf in die falsche Richtung. Hinzu kämen ermächtigte ärztliche Einrichtungen mit Versorgungsauftrag. Diese allein extrabudgetär zu vergüten sei nicht sachgerecht. Für die Härtefallregelung gebe es bisher keine Garantie.

Mit Bescheid vom 16.11.2005 erkannte die Beklagte dem Kläger die im Honorarverteilungsvertrag vorgesehenen Regelleistungsvolumina für Nephrologen mit Dialysegenehmigung, aber ohne Abrechnung von Dialysesachkosten zu. Sie führte aus, die Regelleistungsvolumina seien unterschiedlich für Nephrologen ohne Dialysegenehmigung und ohne Abrechnung von Dialysesachkosten, Nephrologen mit Dialysegenehmigung, aber ohne Abrechnung von Dialysesachkosten sowie Nephrologen mit Dialysegenehmigung und mit Abrechnung von Dialysesachkosten. Dies werde dem differenzierten Leistungsspektrum und der Inhomogenität der Fachgruppe gerecht. Eine Herausnahme der Dialyseleistungen aus den Regelleistungsvolumina könne nicht einseitig erfolgen. Es sei zunächst davon auszugehen, dass nur in Höhe der Regelleistungsvolumina ein Honorar zur Verfügung stehe.

Hiergegen erhob der Kläger mit Schreiben vom 07.12.2005 Widerspruch. Er trug weiter vor, dass abweichend von einer ersten Veröffentlichung im März 2003 nunmehr drei Fachgruppen für Nephrologen geschaffen worden seien. Trotz der hierzu erfolgten Besserstellung werde weiterhin der Beschluss des Bewertungsausschusses nicht beachtet. Der Honorarverteilungsvertrag sei deshalb rechtswidrig. Von den Vorgaben des Bewertungsausschusses könne die Beklagte nicht abweichen. Es würden nicht die Besonderheiten des Versorgungsauftrags "Nephrologie" berücksichtigt werden. Mit den Regelleistungsvolumina solle eine Mengenbegrenzung bei gleichzeitiger Wahrung der Ergebnisqualität erreicht werden. Dies sei im Bereich Nephrologie bereits durch die Festlegung einer Arzt-Patienten-Relation und einer besonderen Bedarfsprüfung erreicht worden. Die ärztlichen Leistungen des Versorgungsauftrages müssten auch vorgehalten werden. Die maximale Fallpunktzahl von 4.000 Punkten sei bei einem Bedarf pro Dialysepatient von 16.000 Punkten unzureichend. Es liege eine Ungleichbehandlung vor. Der erst im November 2005 veröffentlichte Honorarverteilungsvertrag hätte nicht rückwirkend in Kraft treten dürfen. Durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 sei ein Vertrauen entstanden, nicht weiteren Begrenzungen ausgesetzt zu werden. Die Veröffentlichung im Info.doc 2/2005 vom März 2005 habe nur die Grundzüge der Neuregelung enthalten.

Mit Widerspruchbescheid vom 08.05.2006, zugestellt am 18.05., wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie aus, im Honorarverteilungsvertrag sei für ärztliche Dialyseleistungen eine Zuordnung zum Leistungsbereich 4.0 (Regelleistungsvolumen) vorgesehen, da für Leistungen nach den Ziffern 13600 bis 13621 des Kapitels 13.3.6 EBM 2005 keine gesonderte vertragliche Regelung mit den Verbänden der Krankenkassen – trotz der von der KV Hessen geforderten extrabudgetären Honorierung – habe erzielt werden können. Die jetzt erreichte differenzierte Regelung werde dem Umstand des differenzierten Leistungsspektrums der Nephrologen und der Inhomogenität dieser Fachgruppe gerecht. Eine generelle Herausnahme aus dem Regelleistungsvolumen sehe der Honorarverteilungsvertrag nicht vor. Er könne von der KV Hessen nicht einseitig abgeändert werden. Es sei die einheitliche Kalkulationsbasis von 4,0 Cent je Punkt für die Regelleistungsvolumina zu beachten. Es sei davon auszugehen, dass nur das bisher in der entsprechenden Arzt-/Facharztgruppe vorhandene Honorarvolumen zur Verfügung stehe. Ein Vergleich der Regelleistungsvolumina (RLV) für Nephrologen mit und ohne Dialysegenehmigung ergebe folgendes Bild:

Kassenbereich Primärkassen Ersatzkassen

Altersgruppe in Jahren 0-5 6-59 60 und älter 0-5 6-59 60 und älter

RLV in Punkten für Nephrologen ohne Dialysegenehmigung 2.197 1.648 2.615 1.925 1.635 2.177

RLV in Punkten für Nephrologen mit Dialysegenehmigung und ohne Abrechnung von Sachkosten 3.657 3.106 4.000 2.781 2.427 3.089

Zur Feststellung des endgültigen praxisbezogenen Regelleistungsvolumens im aktuellen Quartal II/05 seien 174 Fälle mit einer Quote von 90,93 % zugrunde zu legen. Das Regelleistungsvolumen betrage 541.461,0 Punkte, die Honorarforderung 755.330,0 Punkte. Die Überschreitung von 213.869,0 Punkten werde noch zu einem Punktwert von 0,51 Cent vergütet. Aufgrund der differenzierten Regelung komme eine weitergehende Sonderregelung nicht in Betracht. Der Beschluss des Bewertungsausschusses sei berücksichtigt worden. Eine Herausnahme der Dialyseleistungen aus dem Regelleistungsvolumen habe aber mit den Verbänden der Krankenkassen nicht vereinbart werden können. Bei dem Beschluss des Bewertungsausschusses handele es sich lediglich um eine Empfehlung. Sie habe unter dem Vorbehalt der Einigung mit den Krankenkassen gestanden. Bis zum Abschluss der Verhandlungen mit den Krankenkassen sei mit einer abweichenden Regelung zu rechnen gewesen.

Am 14.06.2006 hat der Kläger die Klage erhoben. Er trägt ergänzend zu seinem Vorbringen im Verwaltungsverfahren vor, am 07.02.2006 habe ein Treffen von ca. 50 niedergelassenen Nephrologen mit der Vorstandsvorsitzenden und dem stellvertretenden kaufmännischen Geschäftsführer über die Probleme der Honorarverteilung ohne Ergebnis stattgefunden. Die Regelung im Honorarverteilungsvertrag beachte nicht die Vorgaben des Bewertungsausschusses, berücksichtige nicht die Besonderheiten des Versorgungsauftrags "Nephrologie" und hätte nicht rückwirkend in Kraft gesetzt werden dürfen. Der Honorarverteilungsvertrag verstoße auch gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die sog. Dialyseinstitute nicht in die Regelungen zu den Regelleistungsvolumina einbezogen würden. In Hessen gebe es 16 Institute und 27 nephrologische Praxen. Zudem sei der Punktwert für die Institute höher. Die Regelung führe zu Einkommensverlusten bei den Nephrologen. Die bei den meisten Nephrologen angewandte Härtefallregelung ermögliche nur eine Ausgleichszahlung von 5 % auf der Basis des Vorjahresquartals 2004. Dies habe aber zu einer Minderung des oberen Punktwertes von 4 Cent auf 3,2 bzw. 2,4 Cent (PK/EK) geführt. Ohne diesen Ausgleich hätten die Praxen Verluste bis hin zu ½ der Einnahmen des Vorjahresquartals hinnehmen müssen. Bei ihnen habe das Honorar nach der Härtefallregelung in Nr. 7.5 Honorarverteilungsvertrag um ca. 1/3 aufgestockt werden müssen. Dies zeige die extrem starken Verwerfungen aufgrund des neuen Honorarverteilungsvertrags. Er sehe sich auch durch die Stellungnahme des Bewertungsausschusses auf Anfrage des Gerichts bestätigt. Darin führe dieser aus, dass nach der bundesmantelvertraglichen Neuregelung der Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten zum 01.07.2002 das Risiko einer übermäßigen Ausweitung der Tätigkeit nephrologisch tätiger Vertragsärzte nicht bestehe, weshalb auf

zusätzlich mengensteuernde Elemente habe verzichtet werden können. Für Nephrologen dürften weder Arztgruppentöpfe noch Regelleistungsvolumina gebildet werden. Er verweise beispielhaft auf den HVV der KV Westfalen.Lippe. Rechtsschutz bestehe auch gegen einen Honorarverteilungsvertrag. Im Rahmen der Bescheidanfechtung sei eine incidente Normenkontrolle möglich. Eine extrabudgetäre Vergütung sei möglich. Die Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV könne Sonderfälle wie z. B. Teilpraxisübernahmen, Anstieg von Dialysepatienten oder einen Partnerwechsel innerhalb der Praxis nicht angemessen abbilden. Ausgleichszahlungen würden sinken und führten zu einem Punktwerteverfall. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses seien verbindlich. Auf Landesebene gebe es keine Verwerfungskompetenz. [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) sehe vor, dass der C. Kriterien für die Verteilung der Gesamtvergütung verbindlich festlege. Seinerzeit seien die Regelleistungsvolumina verbindlich erst ab 2007 einzuführen gewesen. Die Regelungen bis zum Quartal I/05 seien anders strukturiert gewesen. Der Geschäftsausschuss erläutere den Beschluss des Bewertungsausschusses in nachvollziehbarer Weise. Der HVV gebe keine Kalkulationssicherheit und sei nicht verstehbar. Die Anlage 9.1 zu den Bundesmantelverträgen diene der Erhaltung und Schaffung wirtschaftlicher Versorgungsstrukturen, nicht der Bedarfsplanung. Die Qualitätssicherungsvereinbarung diene der Sicherung einer qualitativ hochwertigen Dialyseversorgung durch die Vorgaben der Arzt-Patienten-Relation. Ein Handlungsspielraum für den HVV bestehe nur insoweit, als der C. einen solchen einräume. Für die Hereinnahme weiterer Arztgruppen in die Regelleistungsvolumina bestehe ein solcher nicht. Es sei rechtlich nicht relevant, ob eine extrabudgetäre Vergütung die Gesamtvergütung schmälere. Die Neuregelung durch das GKV-WSG zeige, dass der Gesetzgeber nunmehr die Strukturen umsetze, die der C. bereits seit 2004 vorgebe. Seine Praxis liege an einer anerkannten Reha-Klinik in einem beliebten Kurort, weshalb er in größerem Umfang Feriendialysepatienten behandle. Es sei aber die Anzahl der kontinuierlich betreuten Dialysepatienten dadurch zu ermitteln, dass man die Zahl der durchgeführten Dialysen (regelmäßig über ein Jahr) durch die Anzahl der Wochen teile und dieses Erge bis durch 3,2. Für ihn errechne sich eine Fallzahl zwischen 25 und 31 Dialysepatienten.

Der Kläger beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 16.11.2005 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 08.05.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, seine ärztlichen Leistungen nach Ziffern 13600 bis 13621 EBM 2005 ab dem 01.04.2005 gemäß Ziffer 4.2 des Honorarverteilungsvertrages Hessen extrabudgetär zu vergüten,

hilfsweise die Beklagte zu verpflichten, seine ärztlichen Leistungen nach Ziffern 13600 bis 13621 EBM 2005 ab dem 01.04.2005 gemäß Ziffer 4.1 des Honorarverteilungsvertrages Hessen vorab zu vergüten,

weiter hilfsweise die Beklagte zu einer weiteren Anhebung der Fallpunktzahlen für nephrologische Fälle, insbesondere diejenigen mit Erbringung von Dialyseleistungen unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu verpflichten,

weiter hilfsweise über seinen Antrag vom 24.05.2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Bescheid. Ergänzend trägt sie vor, sie sei an den mit den Landesverbänden der Krankenkassen geschlossenen Honorarverteilungsvertrag gebunden und könne ihn nicht einseitig aufheben oder ändern. Die grundsätzlichen Einwendungen könnten daher nur in einem Verfahren gegen die Honorarbescheide geltend gemacht werden. Andernfalls handle es sich um eine verdeckte Normenkontrollklage. Auf die Frage der Bindung an die Vorgaben des Bewertungsausschusses und der Rückwirkung komme es daher nicht an. Sie könne allenfalls eine Sonderregelung nach § 6 Nr. 6.3 letzter Absatz HVV aussprechen. Hierfür erforderliche Sicherstellungsgründe habe der Kläger nicht vorgetragen. Auch bei Rechtswidrigkeit des HVV bedürfe es erst einer Neuregelung, weshalb die Klage abzuweisen wäre. Eine extrabudgetäre Vergütung sei nur im Rahmen einer gesamtvertraglichen Regelung, an der es fehle, möglich. Der hierauf gerichtete Antrag sei deshalb unbegründet. Die Zahlungen nach der Ausgleichsregelung aufgrund der Ziff 7.5 HVV verringerten oder beseitigten die Belastung im Regelleistungsvolumen. Eine Vergütung der restlichen Punktmenge würde z. B. im Primärkassenbereich zu einem weiteren Bruttohonoraranspruch von 2.366,57 Euro führen, die Nachvergütung habe aber 6.669,26 Euro betragen. Hilfsweise werde zur Rechtmäßigkeit des HVV vorgetragen. Der Gesetzgeber sehe keine Ausnahme von der Bildung von Regelleistungsvolumina vor. Der C. könne nicht einseitig einzelne Arztgruppen hiervon ausnehmen. Sein Beschluss sei rechtswidrig. Bereits der ab dem Quartal III/03 geltende Honorarverteilungsmaßstab habe Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung gehabt. Er habe einige Arztgruppentöpfe für Nephrologen gehabt. Ebenso seien für die Honoraruntergruppe B 2.13 Regelleistungsvolumina vorgesehen gewesen. Die Stellungnahme des Bewertungsausschusses sei von dessen Geschäftsführung abgegeben worden. Daraus werde nicht ersichtlich, dass der C. sich selbst mit der gerichtlichen Anfrage befasst habe. Bei der bundesmantelvertraglichen Neuregelung handle es sich um eine Regelung zur Bedarfsplanung. Sie treffe keine mengenbegrenzende Regelung, sondern fixiere lediglich eine mengenmäßige Begrenzung der Arzt-Patienten-Zahl. Die Anzahl der Leistungen werde jedoch nicht begrenzt. Es liege auch im Handlungsspielraum der Vertragspartner eines HVV, ggf. weitere Arztgruppentöpfe oder Regelleistungsvolumina einzuführen. Mit dem Begriff "grundsätzlich" räume der C. ein, dass Ausnahmen möglich seien. Entscheidend sei aber die Systematik des Beschlusses des Bewertungsausschusses. Den Vertragspartnern werde eine Handlungsermächtigung zur Anpassung der Regelleistungsvolumina eingeräumt. Eine außerbudgetäre Vergütung würde zur Schmälerung der Gesamtvergütung und zu unangemessenen Honorierung der übrigen Arztgruppen führen. Die Prüfung der Frage der Rückwirkung in diesem Verfahren laufe auf ein Normenkontrollverfahren hinaus. Allenfalls liege eine unechte Rückwirkung vor. Bereits im März 2005 seien die Grundzüge veröffentlicht worden. Auch Dialyseinstitute unterlägen den Regelleistungsvolumina, wenn sie einen vergleichbaren Versorgungsauftrag erfüllten. Es handle sich auch um eine Anfangs- und Erprobungsregelung. Die Ziff. 7.5 ermögliche einen Honorarausgleich.

Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt uns sich zum Verfahren nicht geäußert.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten

verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG –). Die Kammer konnte dies auch bei Abwesenheit der Beigeladenen in der mündlichen Verhandlung tun, weil diese ordnungsgemäß geladen und auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind.

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 16.11.2005 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 08.05.2006 ist rechtswidrig und war daher aufzuheben. Der Kläger hat einen Anspruch auf Neubescheidung seines Antrags vom 24.05.2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Im Übrigen war die Klage aber abzuweisen.

Der Bescheid der Beklagten vom 16.11.2005 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 08.05.2006 ist rechtswidrig.

Die Rechtswidrigkeit folgt nicht bereits aus der Anwendung der hier maßgeblichen Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, dem BKK Landesverband Hessen, der IKK Hessen, dem Verband der Angestellten Krankenkassen e. V. (VdAK) – Landesvertretung Hessen, dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V. – Landesvertretung Hessen, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, der Krankenkasse für den Gartenbau und der Knappschaft zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005 vom 10.11.2005 (im Folgenden: HVV), da die Beklagte die darin enthaltenen Regelleistungsvolumina dem Kläger zuerkannt hat. Der HVV ist aber, soweit er generell und umfassend für Nephrologen Regelleistungsvolumina vorsieht, rechtswidrig, da er insofern in unzulässiger Weise von den Vorgaben des Bewertungsausschusses abweicht.

Die Kammer war zur inzidenten Überprüfung des HVV befugt. Streitgegenstand ist die Höhe des Regelleistungsvolumens. Zusammenhängend hiermit hat der Kläger bereits mit der Antragsschrift eine generelle andere Vergütung für die hier strittigen Dialyseleistungen gefordert. Den Antrag hat die Beklagte vollumfänglich als unbegründet zurückgewiesen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens bzw. die Art der Vergütung der hier strittigen Dialyseleistungen beruht aber auf dem HVV, so dass dieser inzident zu überprüfen ist. Von daher war der Kammer nicht nachvollziehbar, weshalb sich die Beklagte nunmehr darauf beruft, der HVV selbst sei nicht in diesem Verfahren überprüfbar. Im Übrigen haben die Prozessbevollmächtigten, worauf es aber letztlich nicht ankommt, unwidersprochen in der mündlichen Verhandlung vorgetragen, dass die Beklagte ihnen die entsprechende Antragstellung zur Klärung der Rechtsfragen angeraten habe. Weder im angefochtenen Bescheid noch im Widerspruchsbescheid hat sie die Auffassung vertreten, der Antrag sei unzulässig oder nur eingeschränkt zu überprüfen. Es ist aber rechtsstaatlich geboten, die einem Verwaltungsakt zugrundeliegenden Rechtsnormen zu überprüfen. Insoweit es sich wie hier um untergesetzliches Recht handelt, ist die Kammer hieran nicht gebunden. Ein abstraktes Normenkontrollverfahren wird damit nicht durchgeführt.

Nach § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung v. 20.12.1988, [BGBl. I S. 2477](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 14.11.2003, [BGBl. I S. 2190](#) mit Gültigkeit ab 01.01.2005 (SGB V), verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73) ([§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an; für die Vergütung der im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am 31. Dezember 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab angewandt ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen ([§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)). Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten ([§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden ([§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen ([§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#)). Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina) ([§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#)). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird ([§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#)). Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung ([§ 85 Abs. 4 Satz 9 SGB V](#)). Die vom C. nach Absatz 4a Satz 1 getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Vereinbarungen nach Satz 2 ([§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#)). Dabei bestimmt nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) der C. Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind; er bestimmt ferner, erstmalig bis zum 29. Februar 2004, den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4](#), 6, 7 und 8 SGB V zu treffenden Regelungen.

Der C. ist seinen Regelungsverpflichtungen nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) u. a. durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) mit Wirkung zum 1. Januar 2005 (Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 46 vom 12.11.2004, Seite A-3129 = B-2649 = C-2525) (im Folgenden: BRLV) nachgekommen. Darin bestimmt er, dass Regelleistungsvolumen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) arztgruppenspezifische Grenzwerte sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum (Arzt-Abrechnungsnummer) im jeweiligen Kalendervierteljahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (ggf. jeweils) vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten sind. Für den Fall der Überschreitung der Regelleistungsvolumen ist vorzusehen, dass die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergüten ist (III.2.1 BRLV). Für die Arztpraxis oder das medizinische Versorgungszentrum, die bzw. das mit mindestens einer der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sind im Honorarverteilungsvertrag nachfolgende Regelleistungsvolumen zu vereinbaren, für die dieser Beschluss die Inhalte der Regelungen vorgibt (III.3.1 Abs. 1 BRLV). Die in 4. aufgeführten Leistungen,

Leistungsarten und Kostenerstattungen unterliegen nicht den Regelleistungsvolumen (III.3.1 Abs. 4 BRLV). Zu den aus dem Arztgruppentopf zu vergütende Leistungen und Leistungsarten, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen, gehören u. a. die Nrn. 13600 bis 13621 EBM 2005 (III.4.1 BRLV). Dementsprechend werden in der Anlage 1 unter den Arztgruppen, für die Arztgruppentöpfe gemäß III.1. BRLV und Regelleistungsvolumen gemäß III.3.1 BRLV berechnet werden, die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie nicht genannt. Nach der Anlage 1 können weitere Differenzierungen oder Zusammenfassungen der nachfolgenden Arztgruppen vereinbart werden. Die Einbeziehung weiterer Arztgruppen ist nicht vorgesehen. Die genannten Leistungen und Leistungsarten – damit auch die Leistungen nach Nrn. 13600 bis 13621 EBM 2005 – sind den Leistungen in III.4.2 BRLV zuzuordnen, sofern für die Vergütung dieser Leistungen gesondert gesamtvertraglich Regelungen vereinbart sind (III.4.1 letzter Absatz BRLV). Unter III.4.2 BRLV werden im Einzelnen die die nicht aus dem Arztgruppentopf zu vergütenden Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen, aufgeführt.

Die Kammer sieht in diesen Bestimmungen eine verbindliche Vorgabe des Bewertungsausschusses, soweit es um die hier strittigen Dialyseleistungen geht. Bereits der Wortlaut der Bestimmungen lässt nicht erkennen, dass es sich um bloße Empfehlungen an die Partner des Honorarverteilungsvertrages handeln sollte. Auch besteht der Gesetzesauftrag an den C. nach § 85 Abs. 4 und 4a SGBV darin, verbindliche Vorgaben zu erlassen.

Der C. gibt verbindlich vor, für welche Arztgruppen Regelleistungsvolumen zu bestimmen sind. Die hier strittigen Dialyseleistungen unterliegen ausdrücklich nicht dem Regelleistungsvolumen. Eine Ausnahme hiervon oder die Ermächtigung zu einer abweichenden Regelung in einem HVV sieht der Beschluss des Bewertungsausschusses nicht vor. Entgegen der Auffassung der Beklagten liegt es angesichts der eindeutigen Regelung nicht im Handlungsspielraum der Vertragspartner eines HVV, ggf. weitere Regelleistungsvolumina einzuführen bzw. abweichend von den Vorgaben weitere Leistungen einzubeziehen. III.2.2 Abs. 1 BRLV setzt voraus, dass nach dem BRLV Steuerungsinstrumente anzuwenden sind. Nur in diesem Fall können bereits vergleichbare bestehende Steuerungsinstrumente bis Ende 2005 fortgeführt werden. Die hier strittigen Dialyseleistungen werden aber ausdrücklich aus den Steuerungsvorgaben des BRLV ausgenommen, so dass diese Ausnahmeregelung nicht angewandt werden kann.

Soweit die Beklagte darauf hinweist, auch bei Vorgaben des Bewertungsausschusses sei es ihr nicht verwehrt, weitere Steuerungsmaßnahmen im HVV zu vereinbaren, so gilt dies dann nicht, soweit, wie bereits ausgeführt, verbindliche und damit zwingende Vorgaben durch den Beschluss des Bewertungsausschusses bestehen.

Das Bundessozialgericht hat zur Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 01.07.1997 die Bindung des Normgebers für die Honorarverteilung an die Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs herausgearbeitet. Danach ist die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) im Rahmen der ihr nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) obliegenden Honorarverteilung an die gesetzlichen Vorgaben und auch an die Bestimmungen des EBM gebunden. Der auf der Grundlage des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) zu beschließende Honorarverteilungsmaßstab (HVM) darf nicht gegen die Vorschriften des auf der Grundlage des [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) erlassenen Bewertungsmaßstabs verstoßen. Dieser ist nach [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) Bestandteil des Bundesmantelvertrages-Ärzte, der wiederum in seiner Rechtsqualität Vorrang vor regionalen Gesamtverträgen und den Satzungen der KÄV hat. Das ergibt sich im Übrigen auch aus [§ 81 Abs. 3 SGB V](#). Danach müssen die Satzungen der KÄVen Bestimmungen darüber enthalten, dass u. a. die von abzuschließenden Verträge für sie wie für ihre Mitglieder verbindlich sind. Ein HVM, der sich in Widerspruch zu verbindlichen Vergütungsregeln des EBM setzt, ist deshalb rechtswidrig und – da es sich um eine Norm handelt – nichtig. Soweit demgegenüber die Auffassung vertreten wird, die Satzungsautonomie der KÄV sei allein durch "übergeordnete Rechtsvorschriften" wie etwa die Grundrechte, nicht aber durch Verträge nach [§ 82 Abs. 1 SGB V](#) bzw. [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) eingeschränkt, trifft das nicht zu. Das BSG hat mehrfach entschieden, dass im EBM Vergütungsstrukturen vorgegeben werden dürfen, die notwendigerweise bundeseinheitlich geregelt werden müssen. Daran hat der Gesetzgeber durch die Ergänzung des [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) im 2. GKV-NOG angeknüpft und für die Praxisbudgets klarstellend eine "tragfähige Rechtsgrundlage" geschaffen. Mit dem zum 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 ([BGBl I 2626](#)) sind Umfang und Tragweite der im EBM zu regelnden Vergütungsstrukturen noch erheblich ausgeweitet worden. Nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) hat der C. die Kriterien für die Verteilung der Gesamtvergütungen und insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung zu bestimmen. Ferner hat er nach [§ 87 Abs. 2a Satz 4 SGB V](#) die nach [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) abrechnungsfähigen Leistungen der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung i. S. d. [§ 73 Abs. 1 SGB V](#) zuzuordnen. Die mit dieser Normsetzungskompetenz des Bewertungsausschusses verbundenen Ziele können nur erreicht werden, wenn die KÄVen im Rahmen der Honorarverteilung an die Vorgaben des EBM gebunden sind. Sie dürfen deshalb weder Arztgruppen von der Budgetierung ausnehmen, die der EBM einbezieht, noch die Bereiche der budgetierten und der nicht budgetierten Leistungen anders als im EBM festlegen. In diesem Sinne sind die Budgetierungsregelungen im EBM vorgreiflich und verbindlich gegenüber Maßnahmen der Honorarverteilung. Dennoch darf die KÄV kraft ihrer Gestaltungsfreiheit im Rahmen der Honorarverteilung mengensteuernde Regelungen treffen, um ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) gerecht zu werden. Allein der Umstand, dass einzelne Arztgruppen von den Praxisbudgets nicht erfasst werden und Ärzte aller Arztgruppen in mehr oder weniger großem Umfang unbudgetierte Leistungen erbringen, schließt die Annahme aus, mit der Einführung der Praxisbudgets im EBM-Ä sei die Verantwortung der KÄV für eine den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) genügende Honorarverteilung aufgehoben oder verdrängt worden. Vor allem hat die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 nichts an der insgesamt begrenzten Gesamtvergütung für alle vertragsärztlichen Leistungen i. S. des [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) geändert. Nach wie vor besteht die Situation, dass ein begrenzter Geldbetrag für die Vergütung aller von den Vertragsärzten in einem bestimmten Zeitraum erbrachten und abgerechneten Leistungen zur Verfügung steht, was wiederum zur Folge hat, dass der "Preis" der einzelnen ärztlichen Leistung erst feststeht, wenn bekannt ist, wieviele Leistungen welcher Art und damit wieviele Punkte insgesamt von den Vertragsärzten abgerechnet werden. Praxisbudgets reduzieren lediglich den Anreiz zur immer weiteren Vermehrung der abrechenbaren Leistungen, weil das Honorar des Arztes für die Leistungen des budgetierten Bereichs allein durch das Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und Zahl der Behandlungsfälle bestimmt wird. Da aber auch für die Leistungen des "grünen" (budgetierten) Bereichs keine festen bzw. vereinbarten Punktwerte gelten, andererseits aber gerade die Stabilisierung des Punktwertes ein maßgebliches Ziel bei der Einführung der Praxisbudgets war, ist es auch nach dem 1. Juli 1997 Aufgabe der KÄV, im Rahmen der Honorarverteilung das Notwendige und Mögliche zur Gewährleistung ausreichender Punktwerte zu tun und auf regionaler Ebene eintretende unerwünschte Verwerfungen zwischen einzelnen Arztgruppen und auch innerhalb einer Arztgruppe zu verhindern. Daher stehen der KÄV auch nach dem 1. Juli 1997 im Grundsatz alle diejenigen Honorarverteilungsregelungen zur Verfügung, die das BSG bisher für zulässig gehalten hat, soweit die Bestimmungen über die Praxisbudgets im EBM keine abweichenden Vorgaben enthalten (vgl. BSG, Urteil v. 08.03.2000, Aktenzeichen: [B 6 KA 7/99 R](#), [SozR 3-2500 §](#)

[87 Nr. 23](#) = [BSGE 86, 16](#) = [MedR 2000, 543](#) = [NZS 2001, 107](#) = USK 2000-108, zitiert nach juris, Rdnr. 34-36).

Danach geht auch das Bundessozialgericht davon aus, dass der C. die Aufgabe hat, verbindliche Vorgaben für die Honorarverteilung zu erlassen. Der Auffassung der Beklagten, es handele sich dabei um bloße "Empfehlungen", findet weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung eine Stütze.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses hinsichtlich der hier strittigen Dialyseleistungen ist auch nicht willkürlich. Ein Dialysepatient benötigt etwa 15.000 bis 16.000 Punkte im Quartal. Dies ergibt sich allein aus der Notwendigkeit der Dialysebehandlung, worauf der behandelnde Arzt keinen Einfluss hat. Nach der Reformierung der Vergütungsstrukturen im EBM für Nephrologen ist auch nicht ersichtlich, dass ein Steuerungspotential für den hier strittigen Bereich bestehen sollte. Von daher ist es sachgerecht und jedenfalls nicht willkürlich, die hier strittigen Dialyseleistungen aus den Regelleistungsvolumina herauszunehmen. Im Übrigen kann ein Regelleistungsvolumen auf der Grundlage von 2.500 bis 4.000 Punkten pro Patient dem Behandlungsbedarf der Dialysepatienten nicht gerecht werden. Die Verschiebung der Patientenstruktur zwischen dem Anteil von Dialyse- zu Nichtdialysepatienten führt unweigerlich zu sachwidrigen Verzerrungen aufgrund des extrem unterschiedlich hohen Behandlungsbedarfs.

Entgegen der Vorgaben im BRLV sieht aber Nr. 6.3 Satz 1 HVV die Einbeziehung der Honorar(unter)gruppe B. 2.11 HVV "Fachärztlich tätige Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie (VfG 33-06)" in die Regelleistungsvolumina vor, ohne die hier strittigen Dialyseleistungen nach Ziffern 13600 bis 13621 EBM 2005 herauszunehmen. Dies ist rechtswidrig.

Aufgrund der eindeutigen Nichtbeachtung der Vorgaben des Bewertungsausschusses war der HVV von Anfang an rechtswidrig und können die Grundsätze einer sog. Anfangs- und Erprobungsregelung nicht angewandt werden.

Die Beklagte war daher zur Neubescheidung zu verpflichten. Vor Neubescheidung wird sie die Vereinbarung in Nr. 6.3 Satz 1 HVV mit den Beigeladenen ändern müssen und wenigstens die hier strittigen Dialyseleistungen nach Ziffern 13600 bis 13621 EBM 2005 aus dem Regelleistungsvolumen herauszunehmen haben. Weitere Vorgaben hierfür sind weder den Vorgaben des Bewertungsausschusses noch dem Gesetz zu entnehmen.

Eine extrabudgetäre Vergütung für die hier strittigen Dialyseleistungen ist gesetzlich nicht vorgesehen. Eine extrabudgetäre Vergütung von Leistungen ist bereits für die Vereinbarung der Gesamtvergütung nur in Ausnahmefällen möglich. Leistungen dürfen nicht ohne zwingenden Grund aus der Berechnung der Gesamtvergütung herausgenommen werden. Andere als im Gesetz ausdrücklich genannte Leistungen dürfen nicht aus der Berechnung der Gesamtvergütung herausgenommen werden. Das gilt auch für solche Positionen, bei denen es sich um Begleitleistungen zu ärztlichen Leistungen handelt, selbst wenn sie sich im Zusammenhang mit der ärztlichen Vergütung als reine Durchlaufposten darstellen (vgl. BSG, Urt. v. 02.10.1996 - [6 RKA 28/96](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 17](#) = Breith 1998, 164 = USK 96156, juris, Rdnr. 24). Soweit eine ausdrückliche gesetzliche Regelung fehlt, wie sie z. B. [§ 85 Abs. 2a SGB V](#) für die Substitutionsbehandlung vorsieht bzw. [§ 71 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) u. a. für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen bzw. [§ 85 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) z. T. bei der Einführung neuer Leistungen, kann eine extrabudgetäre Regelung nur auf der Grundlage des [§ 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) erfolgen. Dies setzt voraus, dass die notwendige medizinische Versorgung ansonsten auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht gewährleistet wird. Oder aber es müssen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden ([§ 71 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)) (vgl. bereits Urteil der Kammer vom 04.10.2006 - [S 12 KA 1416/05](#) -, Urteilsdruck S. 18 f., www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Für die hier strittigen Dialyseleistungen bestehen keine gesetzlichen Vorgaben für die Vereinbarung der Gesamtvergütung. Insofern kann hier dahinstehen, ob bei einer entsprechenden Vorgabe in einer Vereinbarung zur Honorarverteilung abgewichen werden könnte. Die bereits genannten gesetzlichen Vorgaben zur Honorarverteilung beinhalten aber gleichfalls keine Vorgaben für eine extrabudgetäre Vergütung oder überhaupt für eine bestimmte Form oder Höhe der Vergütung. Abgesehen vom Verbot der Regelleistungsvolumen trifft auch der Beschluss des Bewertungsausschusses keine weiteren Vorgaben, weder hinsichtlich einer bestimmten Höhe der Vergütung noch der Verpflichtung zur Vergütung zu einem bestimmten Punktwert oder als sog. Vorabvergütung. Die Kammer hält die Vertragsparteien des HVV auch für grundsätzlich befugt, Arztgruppentöpfe für Nephrologen, auch unter Einbeziehung der hier strittigen Leistungen zu bilden. Abschnitt III.1 Abs. 1 BRLV gibt nur verbindlich vor, für welche Arztgruppen Arztgruppentöpfe zu bilden sind. Weder hierdurch noch durch die gesetzlichen Vorgaben wird aber ausgeschlossen, dass für die übrigen Arztgruppen ebf. Arztgruppentöpfe gebildet werden. Soweit Nephrologen auf internistischem Fachgebiet und außerhalb der hier strittigen Dialyseleistungen tätig sind, dürfte sogar, was hier aber nicht streitbefangen war, die Bildung von Regelleistungsvolumina zulässig sein.

Von daher war die Klage im Hauptantrag und im ersten Hilfsantrag abzuweisen.

Soweit der Kläger in einem weiteren Hilfsantrag begehrt, die Beklagte zu einer weiteren Anhebung der Fallpunktzahlen für nephrologische Fälle, insbesondere diejenigen mit Erbringung von Dialyseleistungen unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu verpflichten, war die Klage bereits deshalb abzuweisen, weil die Bildung von Regelleistungsvolumina überhaupt unzulässig ist und von daher auch keine Verpflichtung zur Festsetzung von bestimmten Fallpunktzahlen ausgesprochen werden kann.

Nach allem war der Klage lediglich im letzten Hilfsantrag stattzugeben und war die Klage mit den übrigen Anträgen abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Die Quotelung war anhand der unbegründeten Anträge und des begründeten Antrags entsprechend zu bestimmen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2010-07-07