

S 12 KA 527/07

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 527/07

Datum

10.12.2008

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 84/10 WA

Datum

21.12.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Von der von den Krankenkassen geleisteten Gesamtvergütung können bereits vor der Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und fachärztlichen Bereich bestimmte extrabudgetäre Leistungen abgezogen werden.

Die Aufteilung der Vergütung in einen haus- und fachärztlichen Honorarbereich in den Quartalen ab II/05 ff. (hier: II/05 und I bis III/06) im Bereich der KV Hessen ist rechtmäßig.

Die KV Hessen war berechtigt, im Quartal II/05 17. Mio. € aus den Rücklagen der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV zuzuführen, um eine Aufstockung der Fallwerte im Rahmen der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV bis zur Grenze von 95 % zu ermöglichen.

Bemerkung

verb. mit [S 12 KA 203/08](#)

1. Unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale II/05 und I/06, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.11.2007, und unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale II und III/06, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.05.2008, wird die Beklagte verurteilt, den Kläger über seine Honorarsprüche für die Quartale II/05 und I bis III/06 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Der Kläger hat 3/4, die Beklagte 1/4 der Gerichtskosten und der notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die vier Quartale II/05 und I bis III/06.

Der Kläger ist als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

In den streitbefangenen Quartalen setzte die Beklagte das Honorar des Klägers mit Honorarbescheid fest, gegen den der Kläger jeweils Widerspruch erhob. Den Honorarbescheid für das Quartal II/05 ersetzte sie aus abrechnungstechnischen Gründen durch einen neuen Honorarbescheid. Im Einzelnen ergeben sich die Festsetzungen und die Daten der Widerspruchseinlegung aus nachfolgender Übersicht:

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

Honorarbescheid v. 29.06.2006 22.01.2006 20.01.2007 04.02.2007 17.03.2007

Nettohonorar in EUR 59.313,35 58.871,68 57.793,05 58.644,66 56.880,67

Bruttohonorar PK+EK in EUR 60.380,68 59.939,24 58.983,10 59.922,81 58.245,21

Fallzahl 1.160 1.110 1.084 979

Fallzahlabhängige Quotierung Ziff. 5.2.1HVV - - - -

Fallzahlgrenze 1.240 1.280 1.177 1.048

Regelleistungsvolumen nach Ziff. 6.3 HVV

Fallzahl 1.160 1.105 1.080 975

Fallwert in Punkten 700,9 704,3 707,2 703,0

Praxisbezogenes RLV in Punkten 813.044,0 813.027,0 778.251,5 763.776,0 685.425,0

Abgerechnetes Honorarvolumen in Punkten 907.343,0 907.343,0 1.109.688,0 863.778,0 904.835,0

Überschreitung in Punkten 94.299,0 94.316,0 331.436,5 100.002,0 219.410,0

Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV - -
Referenz-Fallzahl 1.265 1.160 1.031
Referenz-Fallwert in EUR 30,2254 36,9282 34,9275
Aktueller Fallwert in EUR 35,3585 36,4085 37,1561
Kürzungsbetrag je Fall in EUR 4,2573 - 0,3853
Kürzungsbetrag gesamt in EUR 4.725,63 - 377,22

Widerspruch eingelegt am 14.03.2006 21.03.2007 21.03.2007 24.05.2007

Zur Begründung seiner Widersprüche trug der Kläger vor, das Regelleistungsvolumen sei zu niedrig bemessen. Es decke nicht den medizinisch notwendigen Leistungsumfang ab. Gleichwohl sei er gegenüber seinen Patienten hierzu verpflichtet. Lege man einen Punktwert von 3 Cent zugrunde, so ergebe diese Beträge von 2.828,97, EUR,9.943,95 EUR, 3.000,06 EUR bzw. 6.582,30 EUR. Gemeinschaftspraxen und medizinische Versorgungszentren würden einseitig bevorzugt werden, denen nur wegen ihres gesellschaftsrechtlichen Zusammenschlusses ein um bis zu 220 Punkte/Fall höheres Regelleistungsvolumen gewährt werde, zu Lasten der Kollegen in Einzelpraxis. Das sei eine ungerechtfertigte Benachteiligung und unvereinbar mit [Artikel 3 Abs. 1 GG](#). Der bloße gesellschaftsrechtliche Zusammenschluss bedeute kein höheres Behandlungsvolumen. Der Patient erhalte dort keine anderen Leistungen als in Alleinpraxis. Wegen der gesetzlich vorgeschriebenen Trennung würden Gelder aus dem Hausarzttopf in den Facharzttopf transferiert und dadurch der Punktwert für Hausärzte zu Unrecht gemindert werden. Teile der Gesamtvergütung aus dem Jahr 2006 seien für die (Facharzt)-Honorare im Jahr 2005 verwendet worden. Er habe zur Stützung von Kollegen durch die 5%-Regelung auf Teile seines Honorars verzichten müssen. Das sei rechtswidrig. Es bestehe kein Grund, gleiche ärztliche Leistungen ungleich zu vergüten. Der neue EBM werde dadurch ausgehebelt. Er bitte auch um Auskunft, wie viel Prozent der Gesamtvergütung im Quartal I/06 an die Hausärzte ausgeschüttet worden sei und wie viel an die Fachärzte. Gleichzeitig bitte er um Mitteilung, wie viel Prozent der Gesamtvergütung im Rahmen des Vorwegabzugs einbehalten und wie viel Prozent dieses Betrages an die Hausärzte und wie viel an die Fachärzte ausgeschüttet worden sei.

Die Beklagte verband die Widerspruchsverfahren für die Quartale II/05 und I/06 und wies mit Widerspruchsbescheid vom 23.11.2007 die Widersprüche als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Honorarbescheide seien formell rechtmäßig. Sie seien ausreichend begründet. Sie seien auch materiell rechtmäßig. Weder die Höhe des Ordinationskomplexes noch die Höhe der Fallpunktzahlen bei Gemeinschaftspraxen führe zur Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide des Klägers. Der Gesetzgeber habe in [§ 87 Absatz 2 a](#) Satz 1 SGB V alte Fassung vorgegeben, dass die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen aufgeführten Leistungen, unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen, zu Leistungskomplexen oder Pauschalen zusammenzufassen seien. Den gesetzlichen Vorgaben sei der Bewertungsausschuss mit Beschluss vom 29.10.2004 nachgekommen. Dessen Vorgaben habe sie zutreffend im Honorarverteilungsvertrag umgesetzt. Zuschläge, die eine Gemeinschaftspraxis im Vergleich zu einer Einzelpraxis erhalte, seien grundsätzlich gerechtfertigt. Der Bewertungsausschuss habe seinen Regelungsspielraum nicht überschritten. Die Differenzierung zwischen Einzel- und Gemeinschaftspraxen beruhe auf einem sachlichen Grund. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts stelle die Förderung von Gemeinschaftspraxen ein ausreichendes Differenzierungskriterium dar (vgl. BSG - [B 6 KA 112/03 B](#) -). Mit Beschluss vom 29.10.2004 habe der Bewertungsausschuss unter anderem auch die Einführung der Regelleistungsvolumina zum 01.04.2005 festgesetzt. Er sei damit den gesetzgeberischen Vorgaben nachgekommen. Für den Kläger als Arzt für Allgemeinmedizin seien folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen festgelegt worden:

RLV-Fallpunktzahl Primärkassen Ersatzkassen
Altersgruppe der Patienten in Jahren 0 - 5 6 - 59) 60 0 - 5 6 - 59) 60
Fallpunktzahl lt. HVV 520 576 1.059 424 475 821

Die das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungen würden noch zu einem unteren Punktwert vergütet werden. Eine Sonderregelung komme nicht in Betracht. Nach einem Beschluss des Vorstandes könne davon nur aus Gründen der Sicherstellung abgewichen werden. Für die Beurteilung des Aspektes der Sicherstellung sei dabei maßgeblich, ob im Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden, die die vertragsärztliche Versorgung in diesem Bereich sicherstellten. Ein Sicherstellungsproblem für die Versorgung mit hausärztlichen Leistungen sei für das Gebiet in und um A-Stadt nicht zu konstatieren. Auch die +/- 5%-Ausgleichsregelung sei rechtmäßig. Sie beruhe auf Ziffer 7.5.1 HVV. Es sei auch nicht zu einer Fehlverteilung gekommen. Zur Verteilung der Gesamtvergütung wurde - wie bisher auch - eine Strukturierung der gesamten Honoraranforderungen unter Beachtung der drei Leistungsbereiche vorgenommen. Auf der Basis der in dem jeweiligen Quartal des Jahres 2004 erfolgten Honorarzahungen (Prozentanteil bezogen auf die Gesamtvergütungszahlungen der Krankenkassen) würden die Gesamtvergütungsanteile aufgeteilt werden, wobei zusätzlich bezogen auf die allgemeinen Leistungen in der Honorargruppe 2 die Vorgaben des Trennungsfaktors für Trennung der Gesamtvergütungsanteile für die hausärztliche bzw. fachärztliche Versorgungsebene Grundlage der Aufteilung gewesen sei. Zum Ausgleich der Fallwertminderungen nach Ziffer 7.5.1 HVV sei der Honorarverteilung im Quartal II/05 ein Betrag von ca. 17.000.000,00 EUR zugeführt worden. Dieser Betrag sei den Rücklagen entnommen worden. Die Rückführung dieses Geldvolumens solle getrennt nach den einzelnen Honorartöpfen in vier Folgequartalen erfolgen.

Hiergegen hat der Kläger am 13.12.2007 zum Az.: [S 12 KA 527/07](#) die Klage erhoben.

Die Beklagte verband die Widerspruchsverfahren für die Quartale II und III/06 und wies mit Widerspruchsbescheid vom 14.05.2008 die Widersprüche als unbegründet zurück. Zur Begründung wies sie entsprechend zu ihren Ausführungen zu den Vorquartalen auf die Regelungen zum Regelleistungsvolumen, der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV und zur Verteilung der Gesamtvergütung hin.

Hiergegen hat der Kläger am 06.06.2008 zum Az.: [S 12 KA 203/08](#) die Klage erhoben.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 10.12.2008 beide Verfahren zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung miteinander verbunden.

Zur Begründung seiner Klagen trägt der Kläger vor, die Honorarbescheide seien nicht nachzuvollziehen. Er könne schon nicht nachvollziehen, wie die Gesamtvergütung verteilt werde. Er bitte um Erläuterung, welcher Betrag an Gesamtvergütung im Sinne der Anlagen 1 und 2 für die Hausärzte in den angefochtenen Quartalen zur Verfügung gestanden habe. Rechnungen seien mit Zahlen zu

belegen. Es werde auch um Beantwortung der Frage gebeten, ob sich der für die Berechnung maßgebliche Rechenvorgang aus dem HVV ergebe. Er könne seinen Honorarbescheiden nicht entnehmen, welche Beträge ihm für die Ausgleichszahlungen nach § 7.5 HVV abgezogen worden seien. Zum Quartal II/05 mache die Beklagte keine Angaben. Das Hessische Sozialministerium habe festgestellt, dass die Beklagte zwischenzeitlich eine umfangreiche Liste von Neu- und Umstrukturierungsmaßnahmen ihrer Verwaltungsprozesse erstellt habe. Hierzu gehöre auch die Überarbeitung der Honorarbescheide mit dem Ziel, sie so zu gestalten, dass sie für den Empfänger verständlich und übersichtlich seien. Weitere Ausführungen zur formellen Rechtmäßigkeit erübrigten sich angesichts der ministerialen Feststellungen. Die Beklagte habe selbst in ihrem Rundschreiben eingeräumt, dass sie Gelder der Gesamtvergütung für 2005 für Zahlungen für Quartale im Jahr 2006 verwendet habe. Für die herausragende Bevorzugung von Gemeinschaftspraxen und MVZs gebe es keine Grundlage. Es gelte auch für Gemeinschaftspraxen die freie Arztwahl. Sollte ein Patient dennoch durch mehrere fachgleiche Ärzte behandelt werden, so liege das meist daran, dass der einzelne Arzt in diesen Kooperationen weniger Sprechstunden abhalte als der in Einzelpraxis Tätige. Offen bleibe auch, weshalb die Beklagte Praxismgemeinschaften nicht begünstige, obwohl auch diese eine Form der Kooperation darstellten. Die Entnahme von 17.000.000,00 EUR für die 5%-Regelung aus "Rückstellungen" sei rechtswidrig. Die Rücklagen würden von der Gesamtvergütung nach § 7.1 HVV abgezogen werden. Er werde doppelt benachteiligt. Zum einen habe die Beklagte rechtswidrig die Rücklagen ausgeteilt, jetzt müsse er auch noch für die Rückzahlung aufkommen, in dem der Punktwert für die nächsten Quartale abgesenkt werde. Die 5%-Regelung sei rechtswidrig, da sie die Absicht des EBM 2005, der eine "gerechte Honorarverteilung" habe bringen sollen, aushebele. Auch das Sozialministerium habe gerügt, dass die Ziffer 7.5 HVV ohne die erforderliche vorherige Einzelfallprüfung einer EBM-bedingten Fallwertminderung geleistet und zu Lasten des Budgets der jeweiligen Fachgruppe finanziert worden sei. Die große Zahl an Rückforderungsbescheiden bezüglich der 5%-Regelung zeige, dass hier Fehler begangen worden seien. Nach dem ihm von der Beklagten für das Quartal II/06 zur Verfügung gestellten Daten seien von der Gesamtvergütung von 520,1 Mio. 107,04 Mio. EUR extrabudgetär geleistet worden. Das bedeute, dass – entgegen dem Trennungsfaktor – ca. 25 % der Gesamtvergütung an die Fachärzte ausgezahlt worden seien. Allein der Posten "ambulante Operationen" umfasse den Betrag von 17.091.898,65 EUR. Die Hausärzte würden also zur Finanzierung der Fachärzte herangezogen werden. Er behandle in großen Umfang Drogenabhängige, bei denen er die Substitutionsbehandlung erbringe. Diese Patienten hätten meist Begleiterkrankungen wie HIV und Hepatitis und bedürften einer besonders intensiven Betreuung. Dies sei mit dem Regelleistungsvolumen nicht zu erbringen. Er behandle auch überdurchschnittlich viele Patienten im Alter von über 70 Jahren.

Addiere man die von der Beklagten genannten Geldvolumina für die Quartale II/05 und I/06 und berechne die Vergütung anhand der Trennungsfaktoren, so ergebe sich, dass den Hausärzten im Quartal II/05 im Primärkassenbereich 4,89 Mio. EUR und im Ersatzkassenbereich 5,19 Mio. EUR bzw. im Quartal I/06 4 Mio. EUR/4,67 Mio. EUR entzogen worden seien. Im Quartal II/05 seien nach Angaben der Beklagten nach Vorwegabzug 331,41 Mio. EUR an die Vertragsärzte ausgeschüttet worden, im Quartal I/06 325,74 Mio. EUR. Gegenüber dem Quartal II/06 mit 413,06 Mio. EUR sei dies gravierend weniger. Im Quartal II/06 betrage die Gesamtvergütung 520,1 Mio. EUR. Davon würden 107,4 Mio. EUR (20,64 %) extrabudgetär abgezogen werden. Hiervon profitierten überwiegend die Fachärzte. Auch von der budgetierten Gesamtvergütung von 412,6 Mio. EUR erfolge vor Verteilung nochmals ein Abzug von 20,88 Mio. EUR. Von 520,1 Mio. EUR würden nur 391,78 Mio. EUR getrennt nach Haus- und Fachärzten verteilt werden. 128,32 Mio. EUR würden der Gesamtvergütung "entzogen" werden. Die Ausgleichsbeträge nach Ziff. 7.5 HVV hätten nur bei EBM-bedingten Veränderungen geleistet werden dürfen. Die Beklagte sei inzwischen zur Rückforderung aufgerufen worden. Gemäß Ziff. 7.1b HVV könnten Rückstellungen hierfür nicht verwandt werden.

Der Kläger beantragt,
unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale II/05 und I/06, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.11.2007 und unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale II und III/06, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.05.2008 die Beklagte zu verurteilen, ihn über seine Honorarsprüche für die Quartale II/05 und I bis III/06 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Unter Verweis auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid trägt sie ergänzend vor, sie sei weiterhin der Auffassung, die angefochtenen Widerspruchsbescheide seien hinreichend bestimmt und ausreichend begründet. Die maßgeblichen Berechnungsfaktoren könnten den Bescheiden entnommen werden. Sie habe ferner durch Veröffentlichungen über die Berechnungsfaktoren der Honorarverteilung die Vertragsärzte in Kenntnis gesetzt. Beispielhaft nehme sie Bezug auf die Sonderausgabe info-doc Nr. 2 vom März 2005. Im Übrigen rechtfertige gemäß [§ 42 Satz 1 SGB X](#) ein bloßer Begründungsmangel alleine nicht die Aufhebung eines Verwaltungsaktes. Die Ziffer 7.5 HVV diene der Vermeidung von Honorarverwerfungen nach Einführung des EBM 2005. Die unterschiedliche Behandlung von Einzel- und Gemeinschaftspraxen sei zulässig. Über eine gemeinsame Beschäftigung von Personal hinaus trete die gemeinschaftliche Behandlung von Patienten, eine einheitliche Abrechnung und eine einheitliche Patientenkartei in den Vordergrund. Typisch für die Gemeinschaftspraxis sei, dass der Versicherte wechselweise von allen Ärzten der Praxis behandelt werden könne, ohne dass es sich dabei um mehr als einen (gemeinsamen) Behandlungsfall handle. Dies habe zur Konsequenz, dass bestimmte Leistungen nur einmal pro Quartal abrechenbar seien. Die Praxismgemeinschaft habe nur zum Ziel, Praxisräume und Personal gemeinsam zu nutzen. Diese Unterschiede in den Kooperationsformen rechtfertigten eine Ungleichbehandlung. Durch den Aufschlag bei der Fallpunktzahl werde der rechtspolitisch nicht zu beanstandende Zweck verfolgt, Gemeinschaftspraxen zu fördern. Der Zuschlag diene auch dazu, den interkollegialen Aufwand bzw. die Kosten für konsiliarische Rücksprachen zwischen den Partnern einer Gemeinschaftspraxis abzugelten, die sonst nicht berechnungsfähig seien. Auch hinsichtlich des Aufschlags beim Ordinationskomplex habe der Bewertungsausschuss lediglich gesetzliche Vorgaben umgesetzt, die mit der Reform des EBM 1996 vorgesehen gewesen seien.

Entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses trenne sie die budgetierte Gesamtvergütung nach Abzug von Rückstellungen und Vorwegvergütungen in eine haus- und fachärztliche Vergütung. In den Quartalen II/05 und I/06 habe der Trennungsfaktor für den hausärztlichen Bereich bei Primärkassen 52,04 % und bei Ersatzkassen 42,58 % und für den fachärztlichen Bereich 47,96 %/57,42 % betragen. Nach Ansetzen des Trennungsfaktors seien hierbei noch Gelder abzuziehen, nämlich die Kostenpauschalen (HG A 4 und HG B 4), die Hausarztpraxen- und Labor (Kap.O). Dies entspreche – nach Abzug – einem Geldvolumen im Quartal II/05 von 97,55 Mio. EUR/52,10 Mio. EUR für den hausärztlichen Bereich bzw. 99,31 Mio. EUR/82,45 Mio. EUR für den fachärztlichen Bereich und im Quartal I/06 von 95,45 Mio. EUR/52,98 Mio. EUR bzw. 94,89 Mio. EUR/82,42 Mio. EUR. Sie hat im Einzelnen die Berechnungen erläutert.

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 einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten 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 angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale II/05 und I/06, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.11.2007, und die Honorarbescheide für die Quartale II und III/06, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.05.2008 sind z. T. rechtswidrig und waren daher abzuändern. Der Kläger hat einen Anspruch auf Neubescheidung über seine Honorarsprüche für die Quartale II/05 und I bis III/06 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale II/05 und I/06, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.11.2007, und die Honorarbescheide für die Quartale II und III/06, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.05.2008 sind insoweit rechtswidrig, als Leistungen entgegen den Vorgaben des Bewertungsausschusses innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden. Insofern ist auch die Berechnung des Regelleistungsvolumens fehlerhaft. Die Honorarbescheide für die Quartale I und III/06 sind ferner rechtswidrig, als Kürzungsbeträge nach Ziffer 7.5 HVV festgesetzt wurden. Im Übrigen sind sie aber rechtmäßig.

Nach der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Verbänden der Krankenkassen zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005, bekannt gemacht als Anlage 2 zum Landesrundsreiben/Bekanntmachung vom 10.11.2005 (HVV), die insoweit bis zum Quartal I/07 fortgeführt wurde, sind nach Ziffer 6.3 praxisindividuelle Regelleistungsvolumen zu bilden, da der Kläger zu den entsprechenden Arztgruppen gehört.

Im Einzelnen bestimmt Ziffer 6.3 HVV:

"Die im Abrechnungsquartal für eine Praxis zutreffende Fallpunktzahl bestimmt sich aus der Zugehörigkeit der Ärzte einer Praxis zu einer in der Anlage 1 angeführten Arzt-/Fachgruppe unter Beachtung der angeführten Altersklassen. Bei Gemeinschaftspraxen bestimmt sich die Höhe der in der einzelnen Altersklasse zu treffenden Fallpunktzahl als arithmetischer Mittelwert aus der Fallpunktzahl der in der Gemeinschaftspraxis vertretenen Ärzte (gemäß Zuordnung entsprechend Anlage zu Ziffer 6.3) verbunden mit folgender Zuschlagsregelung:

130 Punkte bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Gemeinschaftspraxen sowie bei Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung gemäß Angestellten-Ärzte Richtlinien unterliegen,

alternativ

30 Punkte je in einer arztgruppen- oder schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxis repräsentiertem Fachgebiet oder Schwerpunkt, mindestens jedoch 130 Punkte und höchstens 220 Punkte

Bei der Ermittlung der Zuschlagsregelung bleiben Ärzte aus Arztgruppen, für die gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 keine arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen definiert sind, unberücksichtigt.

Die Zuschlagsregelung findet keine Anwendung bei Praxen mit angestellten Ärzten bzw. zugelassenen Ärzten, die einer Leistungsbeschränkung gemäß Bedarfsplanungsrichtlinien bzw. Angestellten-Ärzte-Richtlinien unterliegen. Für Ärzte bzw. Psychotherapeuten, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, richtet sich die Höhe der Fallpunktzahl in den einzelnen Altersklassen nach dem Schwerpunkt der Praxistätigkeit bzw. dem Versorgungsauftrag mit dem der Arzt bzw. Psychotherapeut zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

Das im aktuellen Abrechnungsquartal gültige praxisindividuelle (fallzahlabhängige) Regelleistungsvolumen einer Praxis bestimmt sich dann aus der Multiplikation der im aktuellen Quartal nach verstehender Vorgabe ermittelten arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der relevanten Fallzahlen in die verschiedenen Altersklassen.

Bei der Ermittlung der für die einzelnen Altersklassen gültigen relevanten Fallzahlen einer Praxis sind alle kurativ ambulanten Behandlungsfälle (gemäß § 21 Abs. 1 Satz 1 und Absatz 2 BMVÄ bzw. § 25 Absatz 1 Satz 1 GKV zugrunde zu legen, ausgenommen Behandlungsfälle, die gemäß Anlage 1 Und 2 zu Ziffer 7.1 Honorierung kommen, Notfälle im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. Notdienst (Muster 19 A der Vordruckvereinbarung), Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen sowie Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels V. 40 abgerechnet werden. Die so festgestellten Fallzahlen reduzieren sich dabei (vorab der Berechnung des praxisindividuellen (fallzahlabhängigen) Regelleistungsvolumens) aufgrund einer zuvor durchgeführten fallzahlabhängigen Bewertung (Fallzahlbegrenzungsregelung) gemäß Ziffer 5.2, wobei die aus dieser Maßnahme resultierende Reduzierung anteilig auf die Altersklassen zu verteilen ist.

Das nach dieser Vorschrift festgestellte Regelleistungsvolumen einer Praxis im aktuellen Quartal ist dann nachfolgend für jeden über 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal hinausgehenden Fall um 25% zu mindern. Die Feststellung der relevanten durchschnittlichen Fallzahl erfolgt bei Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung unterliegen, je in der Gemeinschaftspraxis tätigen Arzt bzw. Psychotherapeuten.

Für die Bildung des Regelleistungsvolumens einer Praxis im Abrechnungsquartal gilt im Übrigen eine Fallzahlobergrenze in Höhe von 200% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal. Überschreitet eine Praxis im aktuellen

Abrechnungsquartal diese Fallzahlobergrenze, tritt diese anstelle der praxisindividuellen Fallzahl bei der Ermittlung des praxisspezifischen Regelleistungsvolumens. Dabei bestimmt sich im Falle von Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten, die keiner Leistungsbeschränkung unterliegen, die Fallzahlobergrenze aus den arztgruppenbezogenen durchschnittlichen Fallzahlen im entsprechenden Vorjahresquartal je in der Gemeinschaftspraxis tätigen Art bzw. Psychotherapeuten.

Für Ärzte bzw. Psychotherapeuten, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, bestimmt sich die durchschnittliche Fallzahl im entsprechenden Vorjahresquartal für vorstehende Bewertungsvorgaben bzw. Fallzahlobergrenze aus der Honorar(unter)gruppe, zu der sie nach dem Versorgungsauftrag zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

Soweit in der Anlage zu Ziffer 6.3 Arztgruppen nicht aufgeführt sind, gehen deren Fälle und Honoraranforderungen nicht in die Berechnung des praxisspezifischen Regelleistungsvolumens ein.

Der Vorstand der KV Hessen ist ermächtigt, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogenen Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 vorzunehmen."

Die Kammer hält diese Regelungen, soweit sie hier streitbefangen sind, grundsätzlich für rechtmäßig. Diese Regelungen beruhen auf Vorgaben des Bewertungsausschusses, die wiederum auf Vorgaben des Gesetzgebers beruhen.

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 Bewertungsausschuss 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 Bewertungsausschuss 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 Bewertungsausschuss 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).

Die Kammer sieht in diesen Bestimmungen eine verbindliche Vorgabe des Bewertungsausschusses. Dies hat die Kammer bereits für die von der Beklagten vorgenommene und gegen die Vorgaben des Bewertungsausschusses verstoßende Einbeziehung von Dialyseleistungen in die Regelleistungsvolumina festgestellt (vgl. Urteil der Kammer vom 26.09.2007 - [S 12 KA 822/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris). Die hiergegen eingelegte Berufung hat das Landessozialgericht zurückgewiesen (LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 - [L 4 KA 69/07](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris, Revision anhängig - [B 6 KA 31/08](#) -). Es hat im Einzelnen dargelegt, dass ein Honorarverteilungsvertrag nach der gesetzlichen Fiktion des [§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#) aus einem Beschlussteil und dem zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Teil besteht, dass im Falle einer divergenten Regelung den bundeseinheitlichen Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses der Vorrang zu kommt und dass die Vertragspartner des Honorarverteilungsvertrages an die Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses in der Weise gebunden sind, dass sie rechtswirksam keine abweichende Regelung treffen konnten. Dem folgt die Kammer vollumfänglich.

In der Anlage 1 BRLV werden unter den Arztgruppen, für die Arztgruppentöpfe gemäß III.1. BRLV und Regelleistungsvolumen gemäß III.3.1 BRLV berechnet werden, die Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen

Versorgungsbereich angehören, genannt. Entsprechend hat der HVV auch die Honorar(unter)gruppe A 2.1 gebildet und für diese Vertragsärzte die von der Beklagten zugrunde gelegten Fallpunktzahlen vorgegeben.

Mit dem GMG hat der Gesetzgeber die bisher als Soll-Vorschrift ausgestaltete Regelung zu den Regelleistungsvolumina verbindlich vorgegeben. Dadurch soll erreicht werden, dass die von den Ärzten erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Grenzwert mit festen Punktwerten vergütet werden und den Ärzten insoweit Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihrer Praxisumsätze und -einkommen gegeben wird. Leistungen, die den Grenzwert überschreiten, sollen mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werden; damit soll zum einen der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung getragen werden, zum anderen soll der ökonomische Anreiz zur übermäßigen Mengenausweitung begrenzt werden (vgl. [BT-Drs. 15/1170, S. 79](#)).

Regelleistungsvolumina dienen damit der Kalkulationssicherheit bei der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (vgl. Engelhard in: Hauck/Haines, SGB V, Kommentar, § 85, Rn. 256a f.; Freudenberg in: jurisPK-SGB V, Online-Ausgabe, Stand: 26.02.2008, § 85, Rn. 164). Zum anderen haben sie aufgrund des Zwecks, der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung zu tragen als auch den ökonomischen Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge zu verringern, auch den Charakter von Honorarbegrenzungsmaßnahmen (vgl. Engelhard, ebd.). Nach Auffassung der Kammer steht aber angesichts der gesetzgeberischen Vorgaben der Gesetzeszweck der Kalkulationssicherheit im Vordergrund, insbesondere auch im Hinblick auf eine begrenzte Gesamtvergütung bei insgesamt steigenden Leistungsanforderungen.

Ausgehend von den Vorgaben im HVV hat die Beklagte das Regelleistungsvolumen und insbesondere die arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen zutreffend berechnet. Im Ergebnis ergeben sich die Werte, von denen auch die Beklagte ausgegangen ist und die sie im angefochtenen Ausgangsbescheid nochmals dargestellt hat. Soweit die HVV-Vertragsparteien bei der Festsetzung der Fallpunktzahlen abweichend von der Anlage 2 BRLV den Referenzzeitraum auf das 1. Halbjahr 2004 beschränkt haben – nach der Anlage 2 ist der arztgruppenspezifische Leistungsbedarf in Punkten im Zeitraum vom 2. Halbjahr 2003 bis zum 1. Halbjahr 2004 zu ermitteln –, sieht die Kammer dies unter Zurückstellung erheblicher Bedenken für gerade noch vom Gestaltungsspielraum der HVV-Vertragsparteien als gedeckt an. Insofern kann eine Ermächtigung hierfür in Abschnitt III.3.1 Abs. 3 BRLV gesehen werden, wonach die HVV-Vertragsparteien zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung Anpassungen der Regelleistungsvolumen vornehmen können. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 112. Sitzung hat zudem mit Wirkung zum 01.04.2006, in einer angefügten Fußnote 2 klargestellt, dass die Formel zur Ermittlung der KV-bezogenen, arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl im Einvernehmen der Partner der Honorarverteilungsverträge modifiziert werden und ein abweichendes Verfahren zur Festlegung des arztgruppenspezifischen Leistungsbedarfs vereinbart werden kann. (vgl. Urteil der Kammer v. 22.10.2008 – [S 12 KA 476/07](#) –).

Diese Regelungen werden von d. Kl. letztlich nicht angegriffen. Es wird vielmehr geltend gemacht, es liege ein Ausnahmefall vor und der Vorstand der KV Hessen habe von seiner Ermächtigung, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogenen Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 vorzunehmen, nur unzureichend Gebrauch gemacht.

Nach dieser Ermächtigung ist der Vorstand verpflichtet, bei Vorliegen von Sicherstellungsgründen sein Ermessen im Hinblick auf eine Sonderregelung auszuüben. Die Beklagte ist aber zutreffend davon ausgegangen, dass ein Ausnahmefall nicht vorliegt.

Wann ein solcher Ausnahmefall aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung vorliegt, wird weder im HVV noch im Beschluss des Bewertungsausschusses noch in den gesetzlichen Regelungen bestimmt und ist daher durch Auslegung zu konkretisieren.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sieht, darf der Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung, was nach Auffassung der Kammer auch unter Geltung eines Honorarverteilungsvertrags gilt, außer zu konkretisierenden Bestimmungen, die nicht im voraus für mehrere Quartale gleichbleibend festgelegt werden können, auch dazu ermächtigt werden, Ausnahmen für sog. atypische Fälle vorzusehen. Es ist eine typische Aufgabe des Vorstandes, zu beurteilen, ob sog. atypische Fälle die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen erfüllen. Dabei beschränkt sich die Kompetenz des Vorstandes nicht auf die Statuierung von Ausnahmen für "echte Härten", vielmehr müssen sie generell für atypische Versorgungssituationen möglich sein (vgl. BSG, Ur. v. 03.03.1999 – [B 6 KA 15/98 R](#) – [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) = [MedR 2000, 153](#), juris Rn. 36; BSG, Ur. v. 21.10.1998 – [B 6 KA 65/97 R](#) – [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#), juris Rn. 23). So hat das BSG eine vom Vorstand getroffene Sonderregelung für spezialisierte Internisten nicht beanstandet. Die Entscheidung, dass bei den Internisten, die eine Teilgebietsbezeichnung führten und deren spezielle Leistungen (einschließlich Folgeleistungen) 30 % der Gesamthonoraranforderung ausmachten, diese Leistungen herausgerechnet werden und dass diejenigen, deren spezialisierte Leistungen sogar 50 % der Gesamthonoraranforderung ausmachten, gänzlich von der Teilquotierung freigestellt werden, enthalte Schematisierungen, die nicht als sachwidrig beanstandet werden könnten. Derartige mit scharfen Grenzziehungen einhergehende Härten seien – wie z.B. auch für Stichtagsregelungen anerkannt – hinzunehmen, solange sie nicht im Hinblick auf den gegebenen Sachverhalt und das System der Gesamtregelung willkürlich seien (vgl. BSG, Ur. v. 03.03.1999 – [B 6 KA 15/98 R](#) – aaO., Rn. 36). Eine Generalklausel könne z.B. zur Anwendung kommen, wenn sich überraschend Änderungen der Versorgungsstruktur in einer bestimmten Region ergeben, weil etwa einer von wenigen Vertragszahnärzten in einer Stadt unvorhergesehen aus der vertragszahnärztlichen Versorgung ausgeschieden sei. Die von diesem Zahnarzt bisher behandelten Patienten müssten dann kurzfristig auf andere Zahnarztpraxen ausweichen, was zwangsläufig zu einer von diesen Praxen nur eingeschränkt steuerbaren Erhöhung der Zahl der dort behandelten Patienten führen werde. Vergleichbares gelte für die Änderung der Behandlungsausrichtung einer zahnärztlichen Praxis im Vergleich zum Bemessungszeitraum, etwa wenn sich ein bisher allgemein zahnärztlich tätiger Vertragszahnarzt auf oral-chirurgische Behandlungen konzentriert und deshalb höhere Fallwerte erreiche (vgl. BSG, Ur. v. 21.10.1998 – [B 6 KA 65/97 R](#) – aaO. Rn. 23). Darauf reagierende Differenzierungen hinsichtlich der Festlegung der individuellen Bemessungsgrundlage seien nicht nur dann geboten, wenn ihr Unterlassen zur Existenzgefährdung zahnärztlicher Praxen führen würde. Ein Rechtsgrundsatz des Inhalts, dass sich auf eine Verletzung des Gebotes der Honorarverteilungsgerechtigkeit nur solche Vertrags(zahn)ärzte berufen können, bei denen die Anwendung der jeweils angegriffenen Honorarverteilungsregelung zu existenzbedrohenden Konsequenzen führen könnte, ist dem Vertrags(zahn)arztrecht fremd (vgl. BSG, Ur. v. 21.10.1998 – [B 6 KA 65/97 R](#) – aaO. Rn. 25).

Zur Erweiterung von Praxis- und Zusatzbudgets gemäß Nr. 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B, EBM 1996 im Einzelfall zur

Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs hat das BSG zur Auslegung des Begriffs "besonderer Versorgungsbedarf" entschieden, dass der besondere Versorgungsbedarf eine im Leistungsangebot der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung voraussetze, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl der Praxis habe. Dies erfordere vom Leistungsvolumen her, dass bei dem Arzt das durchschnittliche Punktzahlvolumen je Patient in dem vom Budget erfassten Bereich die Budgetgrenze übersteige und zudem, dass bei ihm im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit vorliegt, die zwar allein noch nicht ausreiche, aber immerhin ein Indiz für eine entsprechende Spezialisierung darstelle (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 22.03.2006 - [B 6 KA 80/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 12](#) = [GesR 2006, 363](#), juris Rn. 15 m.w.N.). Zu Erweiterungen der Zusatzbudgets nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr. 4.3 EBM 1996 hat das BSG ebf. entschieden, dies setze voraus, dass im Leistungsangebot der betroffenen Praxis eine Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Ausrichtung zum Ausdruck komme, die messbaren Einfluss auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden abgerechneten Punkte auf die Gesamtpunktzahl der Praxis habe (vgl. BSG, Urt. v. 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 1](#), juris Rn. 23; BSG, Urt. v. 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 31](#), juris Rn. 26 f.).

Die Beurteilung, ob ein Ausnahmefall vorliegt, unterliegt der uneingeschränkten gerichtlichen Nachprüfung. Der Beklagten steht insoweit kein – der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher – Beurteilungsspielraum zu. Es gelten dieselben Erwägungen wie zu den Ausnahmen von der Teilbudgetierung nach Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 (vgl. dazu BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 26](#)) und der Erweiterung der Praxis- und Zusatzbudgets (vgl. dazu BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 31](#)).

Ausgehend hiervon hält die Kammer zunächst die Ermächtigung des Vorstands der Beklagten für rechtmäßig. Die Kammer vermag aber keinen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Höhe des Honorars und Umfang des Regelleistungsvolumens zu erkennen. Die Fallpunktzahlen werden, KV-bezogen und nach Altersgruppen, anhand des artgruppenspezifischen Leistungsbedarfs in Punkten in den Quartalen III/03 bis II/04 bzw. durch die Beklagte in den Quartalen I und II/04 und der Fallzahl berechnet. Der so ermittelte Fallwert für die in die Regelleistungsvolumina einbezogenen Leistungen wird mit dem Faktor 0,8 malgenommen, d. h. um 20 % vermindert (vgl. Anlage 2 zum Teil III BRLV). Im Ergebnis bedeutet dies, dass jeder Vertragsarzt nicht eigene Durchschnittswerte, sondern die seiner Honorargruppe zuerkannt bekommt. Damit gehen die Honorarregelungen von einem gleichförmigen Leistungsgeschehen aus, was im Grundsatz, da auf die Fachgruppen abgestellt wird, nicht zu beanstanden ist. Eine Ungleichbehandlung und damit ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit kann jedoch dann vorliegen, wenn die Praxis einen zur Fachgruppe atypischen Versorgungsbedarf abdeckt. Dies ist aber unabhängig von der Honorarhöhe oder evtl. erfolgten Ausgleichszahlungen nach Ziff. 7.5 HVV. Maßstab ist allein, wie bereits ausgeführt, ob im Leistungsangebot der betroffenen Praxis eine Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Ausrichtung zum Ausdruck komme, die messbaren Einfluss auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden abgerechneten Punkte auf die Gesamtpunktzahl der Praxis hat. Die Kammer hält es auch für unzulässig, den Vertragsarzt von vornherein darauf zu verweisen, er könne auf seine Spezialisierung verzichten. In der Konsequenz kann dies bedeuten, dass Spezialisierungen mit besonderen Praxissschwerpunkten nicht mehr gebildet werden können mit der weiteren Konsequenz, dass diese Leistungen nicht oder in nur ungenügendem Umfang erbracht werden. Auch unter einer sog. gedeckelten Gesamtvergütung hat das Honorar grundsätzlich der Leistung nachzufolgen und sich das Leistungsgeschehen nicht, zumindest nicht vordringlich an den Honoraranreizen zu orientieren.

Die Kammer verkennt nicht, dass aufgrund ihrer Rechtsprechung es zu "Verschiebungen" zwischen und innerhalb der Honorartöpfe kommen kann, soweit Praxen Sonderregelungen aufgrund von Leistungen zugestanden werden müssen, die im Regelfall von Ärzten anderer Fachgebiete erbracht werden. Die Abgrenzung zwischen den Fachgebieten kann aber nur durch das Berufsrecht und z. T. weitergehend durch den EBM erfolgen. Kann der betreffende Arzt danach die Leistungen erbringen, so kann ihm auch eine Spezialisierung nicht verwehrt werden. Im Übrigen hält die Kammer solche "Verschiebungen" angesichts der Größe der Honorargruppe und angesichts der Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV für gering. Höhere Regelleistungsvolumina führen zu erhöhten Fallwerten, die wiederum eine Verminderung der Ausgleichszahlungen nach der Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV bewirken. So ist der Kammer aus dem Verfahren mit Az.: [S 12 KA 1271/05](#) bekannt, dass die Verdoppelung des zuvor bewilligten Regelleistungsvolumens aufgrund einer Sonderregelung der Beklagten bei einem bereits zuvor gewährten Ausgleichsbetrag nach Ziffer 7.5 HVV in Höhe von 17.279,43 Euro im Ergebnis zu einer Honorarerhöhung insgesamt um 843,53 Euro bzw. etwa 1,3 % führte.

Soweit die Honorarausstattung der einzelnen Honorar(unter)gruppen auf Basis der tatsächlich in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2004 erfolgten Honorarzahlen erfolgt, sodass in der Ermittlung der maßgeblichen RLV-Fallpunktzahlen das von der Arzt-/Fachgruppe abgerechnete Honorarvolumen für die hier streitigen Leistungen einbezogen ist, kann im Rahmen des Grundsatzes der Gleichbehandlung nur maßgebend sein, ob hier eine vergleichbare Streuung in der Fachgruppe vorhanden ist oder die Einzelpraxis signifikant hiervon abweicht.

Der Beklagten mag zwar zugestehen sein, dass im Ergebnis die Anwendung der Ziff. 7.5 HVV die Bedeutung des Umfangs des Regelleistungsvolumens verringern, da Ziff. 7.5 HVV wesentlich an den individuellen Fallwerten des Vorjahresquartals anknüpft und auf dieser Grundlage Honorarveränderungen im Bereich von mehr als 5 % nach oben oder unten weitgehend nivelliert. Die Ausnahmeregelung im HVV sieht aber eine solche Verknüpfung zur Regelung nach Ziff. 7.5 HVV nicht vor, sondern ist vielmehr gerade Ausdruck des Gleichbehandlungsgebots, nach dem Ungleiches nicht gleich behandelt werden darf. Im Übrigen verliert die Honorarverteilung an Transparenz und Akzeptanz, wenn Unterschiede im Leistungsgeschehen nicht mehr adäquat erfasst werden.

Entgegen der Auffassung der Beklagten kommt es bei Feststellung der Sicherstellungsgründe nicht allein auf die Versorgung im Umkreis einer Praxis an. Dabei kann hier dahinstehen, ob solche Versorgungsgesichtspunkte generell anhand eines Umkreises von 50 km zu prüfen sind, wies es offensichtlich der Verwaltungspraxis der Beklagten entspricht und was jedenfalls im Rahmen bedarfsplanerischer Überlegungen in Zulassungssachen in dieser Allgemeinheit unzulässig ist (vgl. BSG, Urt. v. 19.07.2006 - [B 6 KA 14/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 116 Nr. 3](#) = [GesR 2007, 71](#) = [MedR 2007, 127](#), juris Rn. 19; SG Frankfurt a. M., Urt. v. 27.04.2005 - S 5/29 KA 966/04 - rechtskräftig; Pawlita in: jurisPK-SGB V, Online-Ausgabe, Stand: 01.08.2007, § 96, Rn. 68 ff.). Maßgebend für die hier strittige Ausnahmeregelung ist der Versorgungsschwerpunkt der Praxis. Mit der Erbringung der Leistungen wird zunächst der Bedarf dokumentiert, soweit eine Fehlabbildung oder Unwirtschaftlichkeit ausgeschlossen werden kann. Der mit einer Spezialisierung einhergehende vermehrte Zulauf von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern kann gerade auch Ausdruck der Qualität und des Rufs der Praxis sein.

Allerdings ist andererseits zu berücksichtigen, dass nicht jede im Vergleich zur Fachgruppe vermehrte Erbringung von Einzelleistungen oder Leistungsgruppen oder Spezialisierung einen Ausnahmefall begründen kann, da dann die Regelleistungsvolumina ihren Zweck der Kalkulationssicherheit nicht mehr erreichen könnten. § 85 Abs. 4 und 4a SGB V gibt keine Vorgabe für differenzierte Ausnahmen und gibt insoweit die Tendenz der Nivellierung des Leistungsgeschehens vor. Von daher ist es auch nicht zu beanstanden, dass weder der Bewertungsausschuss noch der HVV ein den die früheren Praxisbudgets ergänzenden Zusatzbudgets vergleichbares Instrumentarium vorsehen. Auch wird im Regelfall ein Ausnahmetatbestand nicht vorliegen, wenn generell in allen oder vielen Leistungsbereichen ein gegenüber der Fachgruppe erhöhtes Leistungsvolumen abgerechnet wird, da insoweit die Regelleistungsvolumina auch der Leistungsbegrenzung dienen. Eine generelle Festlegung, wann ein Ausnahmefall vorliegt, kann aber, da es sich um eine Regelung für atypische Einzelfälle handelt, nicht getroffen werden.

Im vorliegenden Fall ist ein im Vergleich zur Fachgruppe signifikant atypisches Leistungsgeschehen nicht zu erkennen. Leistungen der Methadonsubstitution werden nicht in das Regelleistungsvolumen einbezogen. Der Kläger hat auch nicht substantiiert dargelegt, warum diese Patienten im Übrigen einen vermehrt höheren Versorgungsbedarf hätten. Bei diesen Patienten handelt es sich meist um Patienten mit chronifizierten Leiden, die nicht durchweg einen höheren Leistungsbedarf haben. Hinzu kommt, dass die Zahl der substituierenden Patienten auf 50 im Quartal nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses beschränkt ist, so dass – einen höheren Leistungsbedarf unterstellt – ihre Behandlung angesichts von etwa 1.000 Fällen im Quartal in den Streubereich fällt. Soweit der Kläger auf die vermehrte Behandlung älterer Patienten hinweist, so wird auch dies nicht im Einzelnen dargelegt. Im Übrigen unterscheidet das Regelleistungsvolumen nach Altersgruppen und beträgt das Regelleistungsvolumen der klägerischen Fachgruppe für Patienten über 60 Jahre etwa 184 % (Primärkassen) bzw. 173 % (Ersatzkassen) des Regelleistungsvolumens für Patienten im Alter zwischen 6 bis 59 Jahren.

Die Beklagte hat aber Leistungen, die entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses dem Leistungsbereich 4.1 zuzuordnen sind (III.4.1 BRLV) und außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten sind, in das Regelleistungsvolumen einbezogen. Dies ist rechtswidrig.

Nach Ziff. 6.3 HVV sind bei der Ermittlung der für die einzelnen Altersklassen gültigen relevanten Fallzahlen einer Praxis alle kurativ ambulanten Behandlungsfälle zugrunde zu legen, ausgenommen Behandlungsfälle, die gemäß Anlage 1 und 2 zu Ziffer 7.1 zur Honorierung kommen, Notfälle im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. Notdienst (Muster 19 A der Vordruckvereinbarung), Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen sowie Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels V. 40 abgerechnet werden. Anlage 1 und 2 zu Ziffer 7.1 HVV betreffen Vorwegleistungen als extrabudgetäre Leistungen. Es handelt sich nach Ziffer 7.1 a) HVM um Leistungen gemäß Anlagen 1 (Primärkassen) und 2 (Ersatzkassen), die aufgrund besonderer Regelungen und Vereinbarungen abweichend von den allgemeinen Bestimmungen, gesondert zu vergüten sind. In den Anlagen 1 und 2 werden nicht die Leistungen aufgeführt, die nach Abschnitt III.4.1 BRLV außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten sind.

Soweit nach Ziffer 6.4 HVV im Einzelnen aufgeführte Leistungen bzw. Leistungsbereichen nicht innerhalb des Regelleistungsvolumens, sondern zu festen Punktwerten zu vergüten sind, handelt es sich nur z. T. um die in Abschnitt III.4.1 BRLV genannten Leistungen.

So rechnete der Kläger z. B. im Quartal III/06 Leistungen nach Ziff. 01100, 01101, 01220, 01412, 01420, 01600, 01601, 01610, 01611, 01612, 01620, 01621, 01622, 01623, 03001 und 03002 EBM 2005 ab, die die Beklagte entgegen der Vorgabe in III.4.1 BRLV in das Regelleistungsvolumen einbezogen hat. Entsprechend ist die Beklagte in den übrigen streitbefangenen Quartalen vorgegangen.

Hierdurch sind die Punktzahlen des Regelleistungsvolumens bereits fehlerhaft berechnet worden. Zudem sind Leistungen bei der Anwendung des Regelleistungsvolumens einbezogen worden, die außerhalb hätten vergütet werden müssen.

Der Bewertungsausschuss für hat die im Einzelnen aufgeführten Leistungen bestimmt, dass diese aus dem Arztgruppentopf zu vergütenden Leistungen und Leistungsarten dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen (III.4.1 BRLV). Wie bereits ausgeführt sind die Vertragsparteien des HVV hieran gebunden und besteht keine Ermächtigung für eine abweichende Regelung. Das bedeutet, dass die in Ziff. III. 4.1 BRLV aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die nicht den Regelleistungsvolumina unterliegen, nicht unter dem Regime der Regelleistungsvolumina abzurechnen sind (so zutreffend LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008, aaO., Rdnr. 32).

Von daher bedarf es keiner Änderung des HVV. Die Beklagte wird vielmehr die Punktzahlen für das Regelleistungsvolumen ohne diese Leistungen neu berechnen und wird das Regelleistungsvolumen für den Kläger ebF. ohne diese Leistungen festsetzen. Diese Leistungen sind dann mit einem entsprechend neu berechneten Punktwert des Fachgruppentopfes zu vergüten. Ein Anspruch auf einen festen Punktwert von 5,11 Cent besteht aber mangels einer Anspruchsgrundlage nicht. Für sie gilt auch nicht der sog. Kalkulationspunktwert von 5,11 Cent, da es für diesen, wie sogleich ausgeführt wird, keine Rechtsgrundlage gibt.

Soweit die Beklagte in den Quartalen I und III/06 einen Kürzungsbetrag in Höhe von 4.725,63 EUR bzw. 377,33 EUR nach Ziff. 7.5 HVV festgesetzt hat, ist dies ebF. rechtswidrig.

Der Kürzungsbetrag beruht auf Ziff. 7.5 HVV, so dass diese inzident zu überprüfen war.

Im Einzelnen bestimmt Ziffer 7.5 HVV:

7.5.1 Zur Vermeidung von praxisbezogenen Honorarverwerfungen nach Einführung des EBM 2000plus erfolgt nach Feststellung der Punktwerte und Quoten gemäß Ziffer 7.2 ein Vergleich des für das aktuelle Abrechnungsquartal berechneten fallbezogenen Honoraranspruches (Fallwert in EUR) der einzelnen Praxis mit der fallbezogenen Honorarzählung in EUR im entsprechenden Abrechnungsquartal des Jahres 2004 ausschließlich beschränkt auf Leistungen, die dem budgetierten Teil der Gesamtvergütung unterliegen und mit Ausnahme der zeitbezogenen genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen. Bei der Ermittlung des Fallwertes bleiben Fälle, die gemäß Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.1 zur Honorierung kommen, unberücksichtigt. Zeigt der Fallwertvergleich eine Fallwertminderung oder Fallwerterhöhung von jeweils mehr als 5% (bezogen auf den Ausgangswert des Jahres 2004), so erfolgt eine Begrenzung auf den maximalen Veränderungsrahmen von 5%. Die für eine Stützung bei Fallwertminderungen – Einzelheiten siehe Ziffer 7.5.2 – notwendigen Honoraranteile gehen zu Lasten der jeweiligen Honorar(unter)gruppe, der die Praxis im aktuellen Quartal zugeordnet

ist, und sind gegebenenfalls durch weitergehende Quotierung der Bewertungen bzw. Punktwerte zu generieren, falls die aus der Begrenzung der Fallwerte auf einen Zuwachs von 5% resultierende Honoraranteile hierfür nicht ausreichend sein sollten. Sollte durch eine solche Quotierung die Fallwertminderung (wieder) auf einen Wert oberhalb von 5% steigen, führt dies zu keinem weitergehenden Ausgleich.

7.5.2 Ein Ausgleich von Fallwertminderungen bis zur Grenze von 5% erfolgt grundsätzlich auf der Basis vergleichbarer Praxisstrukturen und maximal bis zu der Fallzahl, die im entsprechenden Quartal des Jahres 2004 zur Abrechnung gekommen ist. Ein Ausgleich ist in diesem Sinne u. a. dann ausgeschlossen, wenn im aktuellen Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal erkennbar (ausgewählte) Leistungsbereiche nicht mehr erbracht wurden oder sich das Leistungsspektrum der Praxis, u. a. als Folge einer geänderten personellen Zusammensetzung der Praxis, verändert hat. Er ist des weiteren ausgeschlossen, wenn sich die Kooperationsform der Praxis entsprechend Ziffer 5.2 Buchstabe g) im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal geändert hat. Beträgt die Fallwertminderung mehr als 15%, ist eine auf die einzelne Praxis bezogene Prüfung im Hinblick auf vorstehend aufgeführte Kriterien durchzuführen, bevor eine Ausgleichszahlung erfolgt. Ausgleichsfähige Fallwertminderungen oberhalb von 15% müssen vollständig ihre Ursache in der Einführung des EBM 2000plus haben.

7.5.3 Die vorstehende Ausgleichsvorschrift steht im Übrigen unter dem Vorbehalt, dass von Seiten der Verbände der Krankenkassen mindestens eine gegenüber dem Ausgangsquartal vergleichbare budgetierte Gesamtvergütungszahlung geleistet wird und die aufgrund der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 vorzunehmenden Honorarverschiebungen nach Abschluss des Abrechnungsquartals – siehe Ziffer 2.5 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.2 – noch ein ausreichendes Honorarvolumen für diese Maßnahme in der einzelnen Honorar(unter)gruppe belassen.

Ziffer 7.5 HVV führt damit faktisch einen Regelungsmechanismus ein, der sich im Ergebnis einem Vergütungssystem annähert, das auf sog. Kopfpauschalen beruht. Das Vergütungssystem weicht von sog. Kopfpauschalen allerdings insofern ab, als es nicht allen Vertragsärzten bzw. allen Vertragsärzten einer Honorargruppe gleiche Honorarbeiträge für einen Behandlungsfall zuweist, sondern die Höhe der Honorarzuweisung pro Fall am Fallwert des entsprechenden Vorjahresquartals der einzelnen Praxis orientiert und zunächst einen "Honorarkorridor" von 95 % bis 105 % hierfür vorgibt. Das Honorar der einzelnen Praxis kann sich grundsätzlich nur innerhalb dieses Korridors bewegen, wobei dies weiter davon abhängt, wie insgesamt das Verhältnis von Honoraranforderungen und zur Verteilung zur Verfügung stehendem Honorarvolumen innerhalb der einzelnen Honorargruppen ist. Sind die Ausgleichsbeträge wesentlich höher als die Kürzungsbeträge, so kann der Korridor nach unten abweichen, da mit Ausnahme des Quartals II/05 keine weiteren Gelder aus Rücklagen zugeführt wurden und die Entnahme aus dem Honorartopf zur Abgeltung der Ausgleichsansprüche nur in dem Umfang erfolgen darf, dass der Punktwert nicht unterhalb des sog. Stützpunktwertes fällt, wodurch Verschiebungen zwischen den Honorargruppen vermieden werden sollen. Nach den bisherigen Erfahrungen der Kammer können daher die erreichbaren Fallwerte von Honorargruppe zu Honorargruppe und von Quartal zu Quartal zwischen ca. 67 % bis 95 % schwanken. Der gesamte Ausgleichsbetrag wird ferner durch die Fallzahl des Referenzquartals bestimmt und lässt Fallzahlsteigerungen unberücksichtigt. Die einzelne Praxis, die weder einen Ausgleichs- noch Kürzungsbetrag erhält, wird dann von der Ausgleichsregelung indirekt betroffen, wenn die Ausgleichsbeträge insgesamt einer Honorargruppe nicht von den Kürzungsbeträgen abgedeckt werden können, da sich dann der Punktwert bis zur Grenze des sog. Stützpunktwertes verringern kann und die Honorarzuteilung auf der Grundlage eines geringeren Punktwerts erfolgt. Die Kammer hat diese Regelung, soweit sie im Einzelfall zu Ausgleichsbeträgen geführt hat, bisher nicht beanstandet, da sie in ihr letztlich eine Härtefallregelung sieht, die Veränderungen aufgrund des zum Quartal II/05 eingeführten EBM 2005 abfedern und insofern für eine Übergangszeit den Arztpraxen die Umstellung auf die neue Honorarstruktur ermöglichen soll. Insofern haben es die Praxen – und dies ist unabhängig von ihrem Leistungsvolumen insgesamt –, die keine Ausgleichsbeträge erhalten, hinzunehmen, dass sich der Verteilungspunktwert für sie ggf. verringert. Wie lange dieser Übergangszeitraum dauert, brauchte die Kammer in diesem Verfahren nicht abschließend zu beurteilen. Im Hinblick auf die verspätete Erstellung der Honorarbescheide für die ersten Quartale nach Einführung des EBM 2005 ist aber jedenfalls von einem Übergangszeitraum bis zum Quartal IV/06 auszugehen (vgl. bereits Urteil der Kammer vom 24.09.2008 – [S 12 KA 352/07](#) –; v. 24.09.2008 – [S 12 KA 467/07](#) –; v. 27.08.2008 – [S 12 KA 513/07](#) –; v. 08.10.2008 – [S 12 KA 409/07](#) –). Insofern kommt es nicht darauf an, zu welcher Höhervergütung des Klägers es geführt hätte, wenn es nicht zur Anwendung der Ziff. 7.5 HVV gekommen wäre.

Nicht ersichtlich ist aber, aus welchen Gründen die Praxen, die höhere Fallwerte als im Vorjahresquartal erzielen, über den allgemeinen Beitrag eines ggf. geringeren Punktwertes hinaus durch die Kürzungsbeträge zur Finanzierung herangezogen werden. Sachliche Gründe sind der Kammer hierfür nicht ersichtlich. Soweit es sich um ausschließlich fiskalische Gründe handelt, um die Ausgleichsbeträge zu finanzieren, wird völlig unabhängig vom Leistungsgeschehen und vom Leistungsumfang der einzelnen Praxis gekürzt. Im Ergebnis handelt es sich damit um eine Regelung, die die Vergütungsstrukturen, wie sie vor Einführung des EBM 2005 galten, fortführt. Veränderungen in der Vergütungsstruktur werden damit z. T. nur im Korridor von + 5 % zugelassen. Die eigentliche Honorarbegrenzung und Steuerung hat aber durch die vom Bewertungsausschuss zum Quartal II/05 auf gesetzlicher Grundlage eingeführten Regelleistungsvolumina zu erfolgen. Führen diese im Einzelfall zu starken Honorarverlusten, werden sie z. T. durch die Ausgleichsregelung aufgefangen und werden die Regelleistungsvolumina im Ergebnis weitgehend nivelliert. Für die Praxen, die zu Kürzungsbeträgen herangezogen werden, bedeutet aber die Ausgleichsregelung eine Vergütung nach einem praxisindividuellen Individualbudget, das aus dem Produkt von Fallwert im Referenzquartal und aktueller Fallzahl zu errechnen ist. Die Regelleistungsvolumina sind damit für sie ebf. ohne Bedeutung, ohne dass die Ausgleichsregelung für sie die Bedeutung einer Härtefallregelung haben könnte.

Die Vertragsparteien waren aber an die Vorgaben des Bewertungsausschusses gebunden und jedenfalls nicht befugt, im Rahmen der Ausgleichsregelung Kürzungsbeträge vorzusehen.

Die Kammer sieht in diesen Bestimmungen nach der BRLV, wie bereits ausgeführt, eine verbindliche Vorgabe des Bewertungsausschusses.

In Fortführung ihrer Rechtsprechung ist die Kammer der Auffassung, dass die Vorgaben des Bewertungsausschusses auch insofern verbindlich sind, als daneben nicht Regelungen geschaffen werden können, die faktisch zu einem praxisindividuellen Individualbudget führen, wie dies aus den genannten Gründen bei der Festsetzung von Kürzungsbeträgen nach der Ziff. 7.5 HVV der Fall ist (vgl. bereits Urteile der Kammer v. 27.08.2008 – [S 12 KA 513/07](#) –; v. 16.07.2008 – [S 12 KA 377/07](#) –; v. 08.10.2008 – [S 12 KA 409/07](#) –).

Die Kammer hält insofern an ihrer bisherigen Rechtsauffassung fest. Bereits der Wortlaut der Bestimmungen des Bewertungsausschusses lässt nicht erkennen, dass es sich um bloße Empfehlungen an die Partner des Honorarverteilungsvertrages handeln sollte. Auch besteht der Gesetzesauftrag an den Bewertungsausschuss nach § 85 Abs. 4 und 4a SGBV darin, verbindliche Vorgaben zu erlassen. Der

Bewertungsausschuss gibt verbindlich vor, für welche Arztgruppen Regelleistungsvolumen zu bestimmen sind. Eine Ausnahme hiervon oder die Ermächtigung zu einer abweichenden Regelung in einem HVV sieht der Beschluss des Bewertungsausschusses nicht vor. Angesichts der eindeutigen Regelung liegt es nicht im Handlungsspielraum der Vertragspartner eines HVV, ggf. weitere Regelleistungsvolumina einzuführen bzw. abweichend von den Vorgaben weitere Leistungen einzubeziehen oder aber wieder Individualbudgets einzuführen. 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 strittige Ziff. 7.5 HVV ist aber neu eingeführt worden.

Soweit es der Beklagten allgemein nicht verwehrt ist, auch bei Vorgaben des Bewertungsausschusses 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 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abzuschließenden Verträge für sie wie für ihre Mitglieder verbindlich sind. Ein HVM, der sich in Widerspruch zu verbindlichen Vergütungsvorgaben 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 Bewertungsausschuss 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 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, wie viele Leistungen welcher Art und damit wie viele 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 Bewertungsausschuss die Aufgabe hat, verbindliche Vorgaben für die Honorarverteilung zu erlassen. Der Auffassung, es handele sich dabei um bloße "Empfehlungen", findet weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung eine Stütze.

Aufgrund der eindeutigen Nichtbeachtung der Vorgaben des Bewertungsausschusses war der Ziff. 7.5 HVV, soweit die Regelung zu Kürzungsbeträgen führt, von Anfang an rechtswidrig und können die Grundsätze einer sog. Anfangs- und Erprobungsregelung nicht angewandt werden.

Die Beklagte war daher zur Neubeschheidung zu verpflichten. Die Rechtswidrigkeit führt nicht zwingend dazu, dass d. Kl. der Kürzungsbetrag in vollem Umfang zurückzuerstatten ist. Aus den genannten Gründen hält die Kammer die "positive" Ausgleichsregelung jedenfalls im hier maßgeblichen Zeitraum noch für zulässig. Die Beklagte hat daher einen neuen Punktwert zu errechnen auf der Grundlage, dass ihr insgesamt keine Kürzungsbeträge zur Verfügung stehen. Dieser neu errechnete Punktwert ist dann maßgebend, soweit er oberhalb des sog. Stützungspunktwerts liegt. Liegt er darunter, ist der Stützungspunktwert maßgebend. Die Beklagte wäre dann verpflichtet gewesen, die Ausgleichsbeträge entsprechend zu kürzen, da der Stützungspunktwert nicht unterschritten werden darf.

Aufgrund der Rechtswidrigkeit der Ziff. 7.5 HVV, soweit die Regelung zu Kürzungsbeträgen führt, kann hier dahinstehen, ob die Beklagte die Vorgaben der Ziffer 7.5 HVV überhaupt eingehalten hat.

Die Beklagte war aber berechtigt, im Quartal II/05 17. Mio. EUR aus den Rücklagen der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV zuzuführen, um eine Aufstockung der Fallwerte im Rahmen der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV bis zur Grenze von 95 % zu ermöglichen. Aufgrund der Entnahme aus den Rücklagen kam es dadurch nicht zu einer Verzerrung der Aufteilung der Gesamtvergütung. Ferner war beabsichtigt, die Rücklagen aus den Honorargruppen wieder in vier Quartalen entsprechend aufzufüllen. Auch ist die Beklagte zur Bildung eines Honorarausgleichsfonds berechtigt (§ 7 Ziff. 7.1 b Satz 2 HVV).

Eine rechtswidrige Benachteiligung der Einzelpraxen gegenüber den Gemeinschaftspraxen war für die Kammer weder im EBM 2005 noch im Honorarverteilungsvertrag zu erkennen.

Abschnitt III.3.2.2 BRLV gibt einen Aufschlag für die Regelleistungsvolumina vor. Diese Regelung hat der Honorarverteilungsvertrag fast wortgleich übernommen. Danach gilt:

Bei Gemeinschaftspraxen bestimmt sich die Höhe der in der einzelnen Altersklasse zu treffenden Fallpunktzahl als arithmetischer Mittelwert aus der Fallpunktzahl der in der Gemeinschaftspraxis vertretenen Ärzte (gemäß Zuordnung entsprechend Anlage zu Ziffer 6.3) verbunden mit folgender Zuschlagsregelung:

- 130 Punkte bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Gemeinschaftspraxen sowie bei Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung gemäß Angestellten-Ärzte-Richtlinien unterliegen, alternativ
- 30 Punkte je in einer arztgruppen- oder schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxis repräsentiertem Fachgebiet oder Schwerpunkt, mindestens jedoch 130 Punkte und höchstens 220 Punkte.

An die Regelungen im BRLV sind die Vertragsparteien gebunden. Ein Honorarverteilungsvertrag besteht nach der gesetzlichen Fiktion des [§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#) aus einem Beschlussteil und dem zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Teil, so dass im Falle einer divergenten Regelung den bundeseinheitlichen Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses der Vorrang zukommt. Die Vertragspartner des Honorarverteilungsvertrags sind an die Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses in der Weise gebunden, dass sie rechtswirksam keine abweichende Regelung treffen konnten (vgl. LSG Hessen, Urf. v. 23.04.2008, [aaO.](#)).

Soweit die Regelleistungsvolumina erhöhte Fallpunktzahlen für Gemeinschaftspraxen vorsehen, berücksichtigen sie zunächst die Höherbewertung des Ordinationskomplexes im EBM 2005.

Nach dem seit 01.04.2005 geltenden EBM 2005 erhalten Ärzte, die in Gemeinschaftspraxen tätig sind, einen Aufschlag von mindestens 60 und höchstens 105 Punkten auf den Ordinationskomplex (vgl. im Einzelnen Abschnitt I "Allgemeine Bestimmungen" Nr. 5.1 EBM 2005). Diese Regelung hat der Honorarverteilungsvertrag der Beklagten übernommen (vgl. § 2 Nr. 2.1 Satz 1 und 2.9.1 HVV).

Der Zuschlag zum Ordinationskomplex im EBM 2005 und der Zuschlag zum Regelleistungsvolumen nach Ziffer 3.2.2 BRLV widersprechen weder dem Gebot der leistungsproportionalen Vergütung noch dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art. 3 Abs. 1 i. V. m. Art. 12 Abs. 1 GG](#)).

Das Bundessozialgericht hat bereits zur Privilegierung von Gemeinschaftspraxen bei der Festsetzung der Fallpauschalen für das Praxisbudget nach dem EBM 1996 ausgeführt, es lasse ebenso wie das Berufungsgericht offen, ob ein klagender Vertragsarzt in einer Einzelpraxis durch eine - unterstellte - Rechtswidrigkeit der Regelung der Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B, Nr. 1.6 EBM 1996 über die Berechnung der Fallpunktzahl bei Gemeinschaftspraxen und insbesondere über den Aufschlag von 10 v. H. für Gemeinschaftspraxen zwischen Hausärzten oder Fachärzten derselben Gebietsbezeichnung beschwert sein könne. Es liege nicht auf der Hand, dass der klagende Vertragsarzt bei Nichtigkeit der entsprechenden Regelung ein höheres Honorar erhalten würde, weil nicht erkennbar sei, wie die Normgeber des EBM auf eine evtl. Feststellung der Unwirksamkeit der Begünstigungsregelung in Nr. 1.6, aaO, EBM 1996 reagieren würden. Dies bedürfe jedoch keiner Vertiefung, weil die Frage, ob die Regelung über den prozentualen Aufschlag zur Fallpunktzahl für Gemeinschaftspraxen im EBM 1996 rechtmäßig sei, keiner Klärung in einem Revisionsverfahren bedürfe. Sie sei vielmehr auf der Grundlage der Rechtsprechung des Senats zur Gestaltungsfreiheit des Bewertungsausschusses (z. B. [BSGE 89, 259, 264 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 34 S 192](#)) ohne weiteres zu bejahen. Es sei nicht ersichtlich, dass der Bewertungsausschuss als Normgeber des EBM 1996 die ihm zukommende Gestaltungsfreiheit im Rahmen des [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) verletzt haben könnte. Der Regelung über den Aufschlag bei der Fallpunktzahl für Gemeinschaftspraxen lägen sachliche Erwägungen zu Grunde. Zum einen solle die Tätigkeit in Gemeinschaftspraxen gefördert werden. Zum anderen trage die Regelung dem Bemühen Rechnung, den interkollegialen Aufwand bzw. die Kosten für konsiliarische Rücksprachen zwischen den Partnern einer Gemeinschaftspraxis abzugelten, zumal die mit 50 Punkten bewertete konsiliarische Erörterung nach Nr. 44 EBM 1996 zwischen zwei oder mehr Ärzten derselben Gebietsbezeichnung nicht berechnungsfähig sei, wenn diese Mitglieder derselben Gemeinschaftspraxis seien. Selbst wenn sich der Normgeber bei der Einführung des Aufschlags zur Fallpunktzahl für Gemeinschaftspraxen auch von der Erwägung hätte leiten lassen, die mit den Einschränkungen bei der Ordinationsgebühr verbundenen Mindereinnahmen für Gemeinschaftspraxen zu kompensieren, um damit die Attraktivität von Gemeinschaftspraxen gegenüber Praxisgemeinschaften zu steigern, wäre das nicht zu beanstanden. Das gelte jedenfalls, solange die Regelungen über die Praxisbudgets nicht insgesamt dazu führten, dass eine Einzelpraxis wirtschaftlich nicht mehr betrieben werden könne. Der Umstand, dass nach wie vor die Mehrzahl der vertragsärztlichen Praxen in Deutschland Einzelpraxen seien, lasse es als ausgeschlossen erscheinen, dass die - geringfügige - Privilegierung von Gemeinschaftspraxen bei der Festsetzung der Fallpunktzahl für das Praxisbudget nennenswerte Auswirkungen auf den wirtschaftlichen Erfolg von vertragsärztlichen Einzelpraxen habe (vgl. BSG, Beschl. v. 28.01.2004 - [B 6 KA 112/03 B](#) - juris Rdnr. 11 f.).

Die Kammer schließt sich diesen Ausführungen an. Sie sieht auch insofern für den Bewertungsausschuss und die Vertragsparteien des Honorarverteilungsvertrages einen hinreichenden Gestaltungsspielraum, den diese nicht überschritten haben. Es ist nicht erkennbar, dass diese sich von sachfremden Erwägungen hätten leiten lassen. Es ist eine vertretbare Einschätzung des Bewertungsausschusses, wenn er von einem höheren Behandlungsaufwand pro Fall in einer Gemeinschaftspraxis als in einer Einzelpraxis ausgeht. Dies gilt gerade auch unter Geltung des EBM 2005, der vermehrt zu Komplexziffern übergegangen ist. Gleichfalls obliegt es der Entscheidungsprärogative des

Bewertungsausschusses, wie hoch er diesen Mehraufwand schätzt und in welchem Umfang damit die Bildung von Gemeinschaftspraxen gefördert werden soll. Die Zuerkennung von festen Punktezahlen als Zuschlag, unabhängig von der Höhe des Ordinationskomplexes, ist im Rahmen einer dem Normgeber zustehenden Pauschalierung nicht zu beanstanden. Sie führt jedenfalls nicht zu unververtretbaren Verzerrungen zwischen den Arztgruppen.

Eine Änderung der Rechtslage zum EBM 1996 ist nur insofern eingetreten, als mit dem GMG der Gesetzgeber nunmehr ausdrücklich eine "Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen" verlangt ([§ 85 Abs. 2a Satz 1 SGB V](#) i.d.F.d. GMG). Nach der Begründung des insoweit unverändert angenommenen Entwurfs (BT Drs. 15/1525) wurde der Bewertungsausschuss dadurch verpflichtet, bei der Zusammenfassung von Einzelleistungen zu Leistungskomplexen und Fallpauschalen die Besonderheiten von Gemeinschaftspraxen und anderen Kooperationsformen zu berücksichtigen. In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu ausdrücklich:

"Es wird klargestellt, dass bei der Festlegung der Fallpauschalen und Leistungskomplexe die Besonderheiten von kooperativen Versorgungsformen zu berücksichtigen sind: so ist i.d.R. der anfallende Behandlungsaufwand pro Patient bei der Behandlung durch eine kooperative Versorgungsform im Vergleich zur Behandlung durch eine Einzelpraxis höher, da in der kooperativen Versorgungsform oftmals mehrere Ärzte an der Behandlung beteiligt sind. () Zur Förderung der Versorgung durch kooperative Versorgungsformen, beispielsweise medizinische Versorgungszentren, sollen spezifische Fallpauschalen entwickelt werden, die den Besonderheiten dieser Versorgungsformen Rechnung tragen." ([BT-Drs. 15/1525](#), Zu Nummer 66 (§ 87), Zu Buchstabe d, Zu Doppelbuchstabe aa)

Der Gesetzgeber geht damit davon aus, dass ein von ihm unterstellter Mehraufwand in Gemeinschaftspraxen durch ein breiteres fachliches Spektrum und kollegiale Zusammenarbeit zu berücksichtigen ist und dass überhaupt kooperative Versorgungsformen gefördert werden sollen. Es kann hier dahinstehen, ob und in welcher Weise hieraus für den Bewertungsausschuss eine Verpflichtung folgte, kooperative Versorgungsformen im EBM und bei den Regelleistungsvolumina begünstigend zu berücksichtigen. Jedenfalls war ihm dies in der vorgenommenen Weise nicht verwehrt, da der Gesetzgeber ihn hierzu ausdrücklich ermächtigt hatte.

Die Klägerseits gegen die Bewertungen des Bewertungsausschusses vorgetragenen Einwände, die sich letztlich auch gegen die Vorgaben des Gesetzes richten, sind nicht geeignet, die Rechtswidrigkeit der Regelungen zu begründen. Es handelt sich insgesamt um beachtliche berufspolitische Argumente, die im Rahmen der Einschätzungsprärogative des Normgebers aber anders gewichtet und bewertet werden können, ohne dass hierdurch die Rechtswidrigkeit der Entscheidung des Normgebers folgt. Angesichts der eindeutigen Vorgabe des Gesetzgebers geht dieser gerade von einer Unterscheidung zwischen Einzelpraxen und kooperativen Versorgungsformen aus. Der Gesetzgeber gibt insoweit eine ungleiche Behandlung vor. Die genannten Gründe hierfür können auch nicht als sachfremd bezeichnet werden. An der Geltung der gesetzlichen Rechtsgrundlage hat die Kammer keine Zweifel. Angesichts der klaren gesetzgeberischen Aussage folgt die Besserstellung auch nicht daraus, dass ursprünglich ein Ausgleich für eine Gemeinschaftspraxen benachteiligende Fallzahlabstaffelung gewährt werden sollte, was dann aber, da Fallzahlen arzt- und nicht praxisbezogen ermittelt werden, obsolet geworden wäre.

Darüber, ob der Behandlungsaufwand pro Fall in einer Gemeinschaftspraxis höher als in einer Einzelpraxis ist, liegen verlässliche empirische Daten nicht vor. Soweit ersichtlich, beruft sich auch weder der Gesetzgeber noch der Bewertungsausschuss auf solche Daten. Die klägerischen Einwände hiergegen sind aber jedenfalls nicht weniger spekulativ als die des Normgebers. Insofern liegt es aber auf der Hand, dass im Regelfall zwei Vertragsärzte auch bei gleicher Fachrichtung aufgrund unterschiedlicher Berufsbiographie nicht über ein vollständig identisches Leistungsspektrum verfügen. Entscheidend ist aber, dass der Normgeber die kollegiale Zusammenarbeit, die auch bei gleicher Fachrichtung vorliegen kann, berücksichtigen will, ohne hierfür spezifische Leistungslegenden zu schaffen, und generell die Bildung von Gemeinschaftspraxen fördern will.

Soweit die Zubilligung fester und einheitlicher Zuschläge für Gemeinschaftspraxen zu prozentual unterschiedlichen Erhöhungen der Ordinationsgebühr und der Regelleistungsvolumina führen, ist dies noch von der Möglichkeit des Normgebers zur Pauschalierung gedeckt. Die klägerseits dargelegten prozentualen Abweichungen sind lediglich auf eine einzelne Ziffer bezogen. Es ist folgerichtig, angesichts der Höherbewertung auch die Regelleistungsvolumina schon um diesen Teil höher zu bewerten. Im Ergebnis führt die Erhöhung des Ordinationskomplexes aber pro Patient zu einer Anerkennung gleicher Punktzahlvolumen. Gleiches gilt für die Regelleistungsvolumina. Im Hinblick auf die genannten Regelungszwecke ist ein unmittelbarer und insoweit rechtlich zwingender Zusammenhang mit dem Ordinationskomplex nicht ersichtlich, der zu einheitlich prozentualen oder weiter differenzierten Zuschlägen führen müsste.

Der Kammer ist auch nichts ersichtlich, dass die Benachteiligung der Einzelpraxen zu einer gesundheitlichen Gefährdung der Bevölkerung geführt hätte oder führen würde. Das Bundessozialgericht hat bereits darauf hingewiesen, dass der Umstand, dass nach wie vor die Mehrzahl der vertragsärztlichen Praxen in Deutschland Einzelpraxen seien, lasse es als ausgeschlossen erscheinen, dass die - geringfügige - Privilegierung von Gemeinschaftspraxen bei der Festsetzung der Fallpunktzahl für das Praxisbudget nennenswerte Auswirkungen auf den wirtschaftlichen Erfolg von vertragsärztlichen Einzelpraxen habe. Dies gilt auch aktuell für die hier strittigen Regelungen. Von daher vermochte die Kammer auch keinen Zusammenhang zwischen der Absicht, sich vertragsärztlich niederzulassen, und den hier strittigen Regelungen zu erkennen. Auch ist nicht erkennbar, dass aufgrund der hier strittigen Regelungen eine Einzelpraxis wirtschaftlich nicht mehr betrieben werden könnte.

Soweit die Beklagte für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens keinen festen, im Vorhinein fest vereinbarten Punktwert vergütet hat, war dies von der Kammer nicht zu beanstanden.

[§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) sieht zwar vor, dass insbesondere arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). Entsprechend sieht Ziffer 6.4 HVV zunächst vor, dass die nach Abzug der Vorwegvergütungen und zu festen Punktwerten vergüteten Leistungen dann noch verbleibenden Honorarforderungen der Praxis der Bewertung mit einem Punktwert von 4,0 Ct. bis zu dem nach Ziffer 6.3 HVV für das aktuelle Quartal festgestellten praxisindividuellen Regelleistungsvolumen unterliegen. Darüber hinausgehende Honorarforderungen sind mit einem Punktwert von mindestens 0,51 Ct. zu bewerten.

Die Kammer hält die Vertragsparteien des Honorarverteilungsvertrages aber für gerade noch befugt, diesen Punktwert zu quotieren, d. h.

davon abhängig zu machen, welches Honorarvolumen den abgerechneten Leistungen gegenübersteht, soweit die Quotierung auf honorarvertraglicher Grundlage erfolgt.

Für die hier maßgebliche hausärztliche Versorgungsebene sieht Ziffer 2.1 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.2 HVV vor, dass, reicht der zur Verfügung stehende Anteil am Verteilungsbetrag in einer Honorar(unter)gruppe zur Honorierung der angeforderten Leistungen nicht aus, eine Quotierung aller Honorarforderungen innerhalb des Regelleistungsvolumens und damit des Punktwertes von 4,0 Ct. zu erfolgen hat. Soweit die so festgestellten Quoten um mehr als 15 %-Punkte von der nach gleicher Vorgehensweise über beide Honorar(unter)gruppen gebildeten (mittleren) Quote abweicht, ist, soweit möglich, ein Ausgleich zwischen beiden Honorar(unter)gruppen A 2.1 und A 2.2 mit dem Ziel der Erreichung einer maximalen Abweichung von 15 % Punkten von der mittleren Quote durchzuführen.

Wenn auch einiges dafür spricht, dass die Vorstellung des Gesetzgebers von einer Begrenzung des Leistungsgeschehens durch Regelleistungsvolumina bei gleichzeitig garantiertem Punktwert mit einhergehender Kalkulationssicherheit ausging, so besteht jedenfalls keine rechtliche Garantie für eine bestimmte Höhe des Punktwerts. Die Vereinbarung eines festen Punktwerts von 4 Cent im HVV, der nach Kenntnis der Kammer so gut wie in keiner Honorar(unter)gruppe im Ergebnis zur Festsetzung kam, ist einer offensichtlich Fehlkalkulation der Vertragsparteien des HVV geschuldet. Es kann hier dahinstehen, ob und welche berufspolitischen Überlegungen hinter einer solchen Vereinbarung standen, ob dadurch ein günstiger Vertragsabschluss signalisiert werden sollte. Insofern erleichtert die dargestellte Regelungssystematik des HVV nicht die Erkenntnis, dass der im Gegensatz zur Koloskopieleistung nach Nr. 13421 EBM 2005 vorgegebene feste Punktwert von 4 Cent für Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens nicht unter dem "Vorbehalt einer gegebenenfalls erforderlichen Quotierung" steht, sondern dieser Vorbehalt sich erst aus den Anlagen zum HVV ergibt. Jedenfalls hätte bei realistischerer Kalkulation bei einer begrenzten Gesamtvergütung nur ein tieferer Punktwert vereinbart werden können, der im Hinblick auf Sicherheitstoleranzen u. U. unterhalb des jetzt im Ergebnis festgesetzten quotierten Punktwerts gelegen hätte. Damit wäre gerade der Honoraranspruch der Praxen, deren Abrechnung sich im Wesentlichen innerhalb des Regelleistungsvolumens bewegt, eher vermindert worden. Die Vorgabe des Regelleistungsvolumens geht aber davon aus, dass damit grundsätzlich das Leistungsgeschehen adäquat erfasst wird und ein auskömmliches Praxisergebnis erzielt werden kann. Die Quotierung innerhalb des Regelleistungsvolumens führt im Ergebnis dazu, dass im Regelfall ein höherer Punktwert innerhalb des Regelleistungsvolumens erreicht wird, ohne dass es zu Stützungsmaßnahmen aus den anderen Honorar(unter)gruppen kommt. Insofern ist den Vertragsparteien des Honorarverteilungsvertrages ein Regelungsspielraum einzuräumen.

Aber auch unterstellt, es ist von einer Rechtswidrigkeit der Quotierungsregelungen auszugehen, so besteht kein Anspruch auf eine Vergütung zu einem Punktwert von 4 Cent. Die Regelungen zur Festvergütung von 4 Cent und Quotierung bilden insofern eine Einheit. Hielte man eine Quotierung für unzulässig, so könnte die Beklagte bzw. die Vertragsparteien nur verpflichtet werden, einen festen Punktwert rückwirkend festzusetzen bzw. zu vereinbaren, der aber angesichts der begrenzten Gesamtvergütung nicht höher als der im Ergebnis quotierte Punktwert liegen könnte.

Nicht zu beanstanden war von der Kammer ferner, dass die das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungsanforderungen mit einem einheitlichen, dem sog. unteren Punktwert vergütet werden. Soweit nach [§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#) für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte vorzusehen ist, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird, folgt für die Kammer nicht, dass "abgestaffelt" so zu verstehen ist, dass mindestens zwei Punktwertgruppen zu bilden sind. "Abgestaffelt" ist nach Auffassung der Kammer so zu verstehen, dass ein geringerer Punktwert zur Auszahlung gelangt als für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens, was vorliegend der Fall war.

Es bestand auch keine Verpflichtung zur Auszahlung eines festen Punktwerts von 5,11 Cent. Zutreffend hat die Beklagte dargelegt, dass der Bewertungsausschuss insofern zum Inkrafttreten des EBM 2005 keine bindende Vorgabe weder generell noch für einzelne Leistungsbereiche gemacht hat. Soweit der EBM 2005 auf der Grundlage einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation mit einem Punktwert von 5,11 Cent erstellt wurde, handelt es sich um eine Rechengröße. Eine Rechtsgrundlage für einen Anspruch auf Auszahlung eines festen Punktwerts ist der Kammer nicht ersichtlich. Vielmehr beschränkt sich der Anspruch des Vertragsarztes auf die Teilnahme an der Honorarverteilung und nicht auf einen bestimmten Honoraranspruch ([§ 85 Abs. 4 SGB V](#)).

Ohne Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit des hier geltenden Honorarverteilungsvertrags ist der Umstand, dass ein Honorarverteilungsvertrag mit Regelleistungsvolumina bereits zum 01.07.2004, nicht erst zum 01.04.2005 hätte abgeschlossen werden müssen. Dies kann allenfalls Auswirkungen auf die Rechtslage bis zum 31.03.2005 gehabt haben. Der HVV umfasst jedenfalls Regelleistungsvolumina und ist insofern im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben. Der Beschluss des Bewertungsausschuss vom 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen ist weit vor den hier streitbefangenen Quartalen ergangen und damit nicht zu spät. Aus der möglicherweise im Hinblick auf die gesetzgeberische Vorgabe 01.07.2004 insgesamt zu späte Verabschiedung des Regelwerks kommt es nicht an, da allein hieraus nicht deren Rechtswidrigkeit folgt.

Soweit der HVV erst am 10.11.2005 unterzeichnet und veröffentlicht wurde, wurde er für die Quartale II und III/05 und z. T. auch IV/05 rückwirkend in Kraft gesetzt. Hierbei handelt es sich aber um eine zulässige unechte Rückwirkung.

Eine echte Rückwirkung liegt vor, wenn eine Norm nachträglich ändernd in abgewinkelte, der Vergangenheit angehörende Sachverhalte eingreift, eine unechte dann, wenn eine Rechtsnorm auf gegenwärtige, noch nicht abgeschlossene Sachverhalte und Rechtsbeziehungen für die Zukunft einwirkt, indem sie Rechtspositionen nachträglich entwertet. Bei dieser Abgrenzung, die jeweils nur im Einzelfall unter Würdigung der Eigenarten des in Betracht kommenden Regelungsbereichs vorgenommen werden kann, ist auf den Zeitpunkt der Bekanntmachung der Norm abzustellen. Honorarbegrenzungsregelungen, die noch vor Durchführung der Abrechnung eines Quartals in den Honorarverteilungsmaßstab aufgenommen werden, entfalten regelmäßig nur eine unechte Rückwirkung. Ein konkreter Honoraranspruch - und damit ein bereits abgeschlossener Sachverhalt - entsteht unter der Geltung begrenzter Gesamtvergütungen regelmäßig erst nach Prüfung sämtlicher von den Vertragsärzten eingereichter Abrechnungen und der darauf basierenden Errechnung der möglichen Verteilungspunktwerte; erst dadurch konkretisiert sich der bis dahin nur allgemeine Anspruch auf Honorarteilhabe zu einem der Höhe nach individualisierten Honoraranspruch. Nur in den - seltenen - Fällen, in denen eine bestehende HVM-Regelung bereits eine abschließende Festlegung z. B. in Form der Garantie eines Mindestpunktwertes enthält, führt ein nach Leistungserbringung erfolgender Eingriff in diese Position zur Umgestaltung eines in den wesentlichen Merkmalen bereits abgewinkelten Sachverhalts und damit zu einer echten Rückwirkung

(vgl. BSG, Urt. v. 29.11.2006 - [B 6 KA 42/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 30](#) = USK 2006-123, juris Rn. 14 f. m. w. N.). Im November 2005 waren aber noch keine der hier streitbefangenen Honorarbescheide ergangen, so dass eine unzulässige Rückwirkung nicht vorliegt.

Die Vorgaben für die Berechnung des Regelleistungsvolumens sind hinreichend bestimmt. Anlage 2 zum Teil III BRLV verweist zur Berechnung der KV-bezogenen, arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl für das Regelleistungsvolumen auf den arztgruppenspezifischen Leistungsbedarf in Punkten im Zeitraum vom 2. Halbjahr 2003 bis zum 1. Halbjahr 2004 unter Berücksichtigung der Neufassung des EBM. Damit ist hinreichend präzise beschrieben, wie die Regelleistungsvolumina zu bilden sind. Soweit hierbei eine Transkodierung der Leistungen nach dem alten EBM 1996 in den neuen EBM 2005 erfolgt, obliegt dies dem Gestaltungsspielraum der Vertragspartner des HVV, die die Regelleistungsvolumina arztgruppenspezifisch festgesetzt haben. Soweit hierfür eine Übersetzungsliste der KBV zur Verfügung gestellt wurde, kann dahinstehen, ob es sich insoweit um eine Richtlinie nach [§ 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) handelt, die dann lediglich die Beklagte binden könnte. Jedenfalls waren die Vertragspartner des HVV im Rahmen ihres Gestaltungsspielraums befugt, diese Vorgaben zu übernehmen. Für diese Detailregelungen bedurfte es keiner weitergehender inhaltlicher Bestimmungen des Bewertungsausschusses. Der Kammer ist nicht ersichtlich, dass die Vertragspartner des HVV diesbezüglich ihren Gestaltungsspielraum überschritten hätten, auch wenn die Beklagte sich bisher nicht im Einzelnen dazu geäußert hat, wie die Transkodierung vorgenommen wurde.

Die Auffassung trifft nicht zu, dass der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 nicht den gesetzlichen Anforderungen genüge, da er praktisch alle wesentlichen Entscheidungen delegiere. Wie bereits ausgeführt, werden die wesentlichen Vorgaben zur Ermittlung der Regelleistungsvolumina im Beschluss selbst getroffen. Die Fallpunktzahlen für die Regelleistungsvolumina konnte der Bewertungsausschuss nicht selbst vorgeben, da für deren Ermittlung auf den Bedarf in den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen abzustellen ist. Der Bewertungsausschuss gibt eine Fallzahlobergrenze mit 200 % des Durchschnitts vor, ermöglicht aber hiervon Abweichungen im HVV (III.3.3.1 BRLV). Dies ist nicht zu beanstanden, da den Vertragspartnern des HVV ein eigener Gestaltungsspielraum eingeräumt werden kann.

Hinsichtlich der Bildung von Fachgruppentöpfen und der Einführung von Regelleistungsvolumina ist der HVV von dem BRLV nicht abgewichen, so dass es auf die Zulässigkeit einer Ermächtigung zu abweichenden Regelungen nicht ankommt. Es ist nicht ersichtlich, dass im HVV Anpassungen vorgenommen wurden. Im Übrigen bestehen gegen die Regelung in Abschnitt III.3.1 Abs. 3 BRLV aufgrund der genannten Zielsetzungen keine Bedenken, da damit regionalen Besonderheiten Rechnung getragen werden kann. Die "Fallzuwachsbeschränkungen" müssen vom Bewertungsausschuss nicht definiert werden. Insofern handelt es sich seit der Einführung der sog. Praxisbudgets um ein Steuerungsinstrument der regionalen Honorarverteilung. Eine gesetzliche Vorgabe für eine weitergehende Ausgestaltung durch den Bewertungsausschuss gibt es nicht. Der Bewertungsausschuss war auch befugt, die Vertragspartner des HVV auf Fallzahlzuwachsbeschränkungen festzulegen, da das Regelleistungsvolumen mit der Fallzahl steigt und insofern flankierender Steuerung bedarf. Für einen "kalkulatorischen Leistungsbedarf" als Berechnungsgrundlage gibt es weder eine gesetzliche Vorgabe noch einen zwingenden sachlichen Grund. Insofern setzt das Regelleistungsvolumen an dem tatsächlichen Bedarf im genannten Referenzzeitraum an, was sachlich nicht zu beanstanden ist.

Unbeachtlich ist, ob der Bewertungsausschuss weitere Beschlüsse zum EBM fasst. Maßgeblich ist allein, ob eine ausreichende gesetzliche Ermächtigung besteht, was hier der Fall ist.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 01.04.2006 betrifft nicht die Ermittlungsvorgaben für die Fallpunktzahl selbst. Soweit in der neu eingefügten Fußnote 2 eine abweichende Ermittlung zugelassen wird, ist nicht ersichtlich, dass die Partner des HVV hiervon Gebrauch gemacht hätten. Bereits aus diesem Grund ist dieser Beschluss ohne Bedeutung für die hier streitbefangenen Honorarbescheide.

Die durch die Beklagte vorgenommene Aufteilung der Vergütung in einen haus- und fachärztlichen Honorarbereich war von der Kammer ebf. nicht zu beanstanden.

Nach § 7 Ziff. 7.1 HVV werden aus den von den Krankenkassen geleisteten Vergütungen/Zahlungen vorweg unter Beachtung der Aufteilung der Honorarforderungen auf Primär- und Ersatzkassen berücksichtigt:

- a) Leistungen gemäß Anlagen 1 (Primärkassen), 2 (Ersatzkassen) – dies sind jeweils im Einzelnen aufgeführte extrabudgetäre Leistungen - bzw. 3 (Primär- und Ersatzkassen) – dies sind honorar- und strukturvertragliche Leistungen des ambulanten Operierens - zu Ziffer 7.1, die aufgrund besonderer Regelungen und Vereinbarungen abweichend von den allgemeinen Bestimmungen, gesondert zu vergüten sind;
- b) Rückstellungen für noch ausstehende Abrechnungen, zu leistende Nachzahlungen, (Nach)Forderungen der Krankenkassen, streitige Honorarforderungen der Ärzte bzw. Psychotherapeuten sowie Honorarforderungen fremder KV'en für die Behandlung hessischer Versicherter im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleiches; es gelten die allgemeinen Grundsätze der Buchführung und Rechnungslegung. Ein Honorarausgleichsfonds kann gebildet werden;
- c) Aufwendungen für im Einzelfall zeitlich begrenzte, von den Bestimmungen des Honorarverteilungsvertrages abweichende Regelungen, insbesondere zur Erhaltung oder Einrichtung von Praxissitzen, wenn die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung dies erfordert und vom Vorstand der KV Hessen hierzu eine Entscheidung erfolgt.

Die entsprechenden Aufwendungen können auf Beschluss des Vorstandes der KV Hessen auch in Form von (ggf. bezirksstellenbezogenen) Umlagen erhoben werden.

Nach § 7 Ziff. 7.2 HVV steht der nach Abzug der Vorwegleistungen gemäß Ziffer 7.1 für die Primär- und die Ersatzkassen verbleibende Betrag (im folgenden Verteilungsbetrag genannt) unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Anlagen 1 (für die Primärkassen), 2 (für die Ersatzkassen) und 3 (für die Primär- und Ersatzkassen) zu Ziffer 7.2 für die Vergütung der geprüften und gemäß Ziffer 6 zugeordneten/bewerteten Honoraranforderungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden hessischen Ärzte, Psychotherapeuten und ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie zur Bedienung der Ansprüche aus der EHV und der Aufwendungen für den KV Hessen-spezifischen ärztlichen Bereitschaftsdienst (gemäß Notdienstordnung der KV Hessen) zur Verfügung. Rundungs- und Spitzenbeträge sind vorzutragen.

Nach diesen Vorgaben ist die Beklagte vorgegangen, wie sie im Einzelnen im Schriftsatz vom 08.12.2008 dargelegt hat und was die Kammer

mit den Beteiligten in der mündlichen Verhandlung erörtert hat.

Entgegen dem klägerischen Vortrag sind von der von den Krankenkassen geleisteten Gesamtvergütung bereits vorweg bestimmte extrabudgetäre Leistungen abzuziehen, bevor der verbleibende Betrag nach dem sog. Trennungsfaktor auf beide Bereiche aufgeteilt wird.

Die Trennung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich beruht auf der Neufassung des [§ 85 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000. Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73). Der Bewertungsausschuss bestimmt Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach Absatz 4, 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 ([§ 84 Abs. 4a Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#)).

Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss in seiner 62. Sitzung vom 16.02.2000 in Anlage 1 die Berechnung des Trennungsfaktors in zehn Schritten geregelt.

Im Beschluss wird bestimmt, dass zunächst in Schritt 1 die Ermittlung des zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Leistungsbedarfs (nach sachlich-rechnerischer Berichtigung unter Berücksichtigung der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Teilbudgets beziehungsweise Praxisbudgets) aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte (AST-Nrn.: 001, 191, 231, 238, 651, 652, 658), in 1996, aller abrechnenden Ärzte, aller Leistungsarten (AST-Nr.: 99), ohne Leistungsbedarf Kapitel U – das sind Pauschalerstattungen –, ohne Dialysesachkosten und ohne Leistungsbedarf aus gesondert regional vereinbarten Leistungen (z. B. AST-Nrn.: 669, 689, 799). In der Anmerkung hierzu wird unter 3. klargestellt, dass zu den gesondert regional vereinbarten Leistungen auch Pauschalerstattungen und Kostenersatz sowie Leistungen, die mit KV-spezifischen Gebührenordnungsnummern 9000 ff. codiert sind, gehören. In Schritt 7 wird der zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannte Gesamtleistungsbedarf (nach sachlich-rechnerischer Berichtigung unter Berücksichtigung der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Teilbudgets bzw. Praxisbudgets) aller Vertragsärzte, aller abrechnenden Ärzte, aller Leistungsarten (AST: 99), ohne Leistungsbedarf Kapitel U, ohne Dialysesachkosten und ohne Leistungsbedarf aus gesondert regional vereinbarten Leistungen ermittelt. In seiner 63. Sitzung am 20.06.2000 hat der Bewertungsausschuss die Fortgeltung über den 31.12.2000 hinaus beschlossen. Mit Beschluss in der 72. Sitzung änderte der Bewertungsausschuss die Berechnung ab 01.01.2002. Für die Festlegung der Vergütungsanteile für den hausärztlichen und den fachärztlichen Bereich ab dem Jahr 2002 nahm der Bewertungsausschuss nun die Leistungen heraus, die ab dem Jahr 2002 als Einzelleistungen vergütet werden und ordnete die weitere Anwendung des Beschlusses an.

Der Bewertungsausschuss hat damit in zulässiger Normdelegation die Aufgabe erhalten zu konkretisieren, wie die Aufteilung der Gesamtvergütung in den haus- und fachärztlichen Bereich vorzunehmen ist. Insofern ist es auch nicht zu beanstanden, dass die von den Krankenkassen nach [§§ 82 Abs. 2, 85 Abs. 1](#) und 2 SGB V zu leistende Gesamtvergütung vollständig dem Trennungsfaktor unterliegt. Insofern obliegt es den Gesamtvertragsparteien im Rahmen ihrer Vertragshoheit, extrabudgetäre Leistungen vorzusehen, die auch den fachärztlichen Bereich betreffen. Würde man der Ansicht des Klägers folgen, wäre dies ausgeschlossen bzw. würde unmittelbar auch zur Erhöhung der hausärztlichen Vergütung erfolgen. In dieser Weise hat der Gesetzgeber die Vertragsautonomie der Gesamtvertragsparteien nicht eingeschränkt. Insofern sind die Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht sachwidrig und rechtmäßig.

Die Kammer erkennt keine Anhaltspunkte, dass die Beklagte die Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht zutreffend umgesetzt hätte. Eine substantiierte Behauptung, dass dies nicht der Fall gewesen sei, hat der Kläger nicht aufgestellt. Von daher konnte die Kammer davon absehen, sich von der Beklagten die einzelnen Rechenschritte im Detail vorlegen zu lassen.

Soweit klägerseits letztlich eine zu geringe Vergütung der Leistungen geltend gemacht wird, kann dies keinen höheren Honoraranspruch begründen.

Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass (auch) die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Aus dieser Bestimmung kann 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 (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - aaO., juris Rdnr. 130 m. w. N.). Anzeichen hierfür sind nicht ersichtlich. Auch für das klägerische Fachgebiet ist im Bezirk der Beklagten die vertragsärztliche Versorgung gewährleistet.

Bei einer Neubescheidung ist die Beklagte daher auch nicht verpflichtet, die bisherigen Punktwerte als Mindestpunktwerte oder höhere Punktwerte festzusetzen. Sie kann vielmehr die Auswirkungen der Entscheidung der Kammer auf die gesamte Honorarverteilung berücksichtigen und insofern neue Punktwerte errechnen. Lediglich aus dem Grundsatz des Verböserungsverbots (reformatio in peius) besteht eine Bindung an den bereits festgesetzten Gesamthonoraranspruch.

Soweit eine mangelnde Verständlichkeit und Transparenz der Abrechnung und die in diesem Zusammenhang nicht nachvollziehbaren sachlichen und fachlichen Grundlagen im Widerspruchsverfahren gerügt wurden, handelt es sich um den Vortrag, der Honorarbescheid sei nicht ausreichend begründet.

Einer Begründung bedarf der Honorarbescheid im Hinblick auf [§ 35 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) nur hinsichtlich der wesentlichen Faktoren, die für die Berechnung des Honorars wesentlich sind. Die Vorschrift verlangt nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Vielmehr sind dem Betroffenen nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Dabei richten sich Inhalt und Umfang der notwendigen Begründung nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets und nach den Umständen des einzelnen Falles. Die Begründung braucht sich nicht ausdrücklich mit allen in Betracht kommenden Umständen und Einzelüberlegungen auseinander zu setzen. Es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen kann. Die Verwaltung darf sich deshalb auf die

Angabe der maßgebend tragenden Erwägungen beschränken und braucht Gesichtspunkte und Umstände, die auf der Hand liegen oder dem Betroffenen bekannt sind, nicht nochmals ausführlich darzulegen. Bei Honorarbescheiden dürfen die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden. Denn bei ihnen kommt dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut ist bzw. zu dessen Pflichten es gehört, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen. Das erlaubt es den Kassenärztlichen Vereinigungen, auch hinsichtlich der Honorarberechnung entsprechende Kenntnisse, welche von ihr regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet werden, vorauszusetzen und die Begründung ihrer Honorarbescheide hierauf einzustellen. Im Hinblick hierauf hat es das BSG nicht für erforderlich gehalten, dass eine Kassenärztliche Vereinigung alle für die Festlegung einer Honorarbegrenzungsmaßnahme wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen im Bescheid aufführt; es reicht vielmehr aus, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechengang aus dem HVM ergibt (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. 32 f. m. w. N.).

Diesen Anforderungen wird die Begründung der angefochtenen Honorarbescheide gerecht. Denn sie enthalten die für die Berechnung des Honorars maßgeblichen Faktoren: die Honoraranforderung, von der die Beklagte ausgegangen ist, das Ergebnis der durchgeführten Honorarbegrenzungsmaßnahmen, die zu Grunde gelegten Punktwerte und die vorgenommenen Abzüge.

Nach allem war der Klage daher nur aus den genannten Gründen stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Die Quotelung berücksichtigt, dass nur ein Teil der vorgetragenen Gründe zur Verpflichtung zur Neubescheidung führten.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-10