

L 5 KA 1574/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KA 4620/04
Datum
21.03.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 1574/05
Datum
07.03.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21. März 2005 wird zurückgewiesen.

Die Kläger tragen auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten stehen die Honoraransprüche der Kläger in den Quartalen 3/03 und 4/03 im Streit.

Die Kläger nehmen seit dem 1. Januar 2002 als Fachärzte für Chirurgie in einer so genannten Job-Sharing-Gemeinschaftspraxis mit Sitz in E. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Zugleich mit der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung setzte der Zulassungsausschuss im Bezirk der (damaligen) Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg (KV Nord-Württemberg) quartalsbezogene Punktzahlobergrenzen mit Beschluss vom 12. Dezember 2001 fest (1.548.608 Punkte für das Quartal 1/02, 1.570.808 Punkte für 2/02, 1.365.941 Punkte für 3/02 und 1.400.366 Punkte für 4/02). Mit Bescheid vom 11. Juli 2003 passte die KV Nord-Württemberg (Rechtsvorgängerin der Beklagten) für die Quartale 1/03 bis 4/03 diese Punktzahlobergrenzen entsprechend an (mit dem Faktor 1,095 für das Quartal 1/03, 1,133 für 2/03, 1,058 für 3/03 und 1,055 für 4/03).

In seiner Sitzung am 19. Dezember 2002 hatte zuvor bereits der Erweiterte Bewertungsausschuss ([§ 87 Abs. 4](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch -gesetzliche Krankenversicherung-)SGB V() die Abschaffung der Praxis- und Zusatzbudgets (Allgemeine Bestimmungen A I Teil B des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen - EBM -) mit Wirkung ab 1. Juli 2003 beschlossen. Zugleich stellte er zur Verteilung der Gesamtvergütungen in den Honorarverteilungsmaßstäben (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigungen - getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung - u. a. folgende Kriterien auf: Der zum Zeitpunkt der Auszahlung ohne Quotierung oder Abstufung anerkannte Leistungsbedarf in Punkten aller abrechnenden Vertragsärzte je Arztgruppe im dritten und vierten Quartal 2003 darf den anerkannten Leistungsbedarf aller abrechnenden Vertragsärzte je Arztgruppe des dritten und vierten Quartals 2002 nicht um mehr als 5 % überschreiten (s. Deutsches Ärzteblatt - DÄ - 2003, Heft 4, S. A 218).

Unter Berücksichtigung dessen hatte die Vertreterversammlung der KV Nord-Württemberg mit Beschluss vom 14. Mai 2003 den HVM mit Wirkung ab 1. Juli 2003 geändert. Danach wird die bis dahin bestehende Vergütung innerhalb von Arztgruppentöpfen beibehalten. Ab dem Quartal 3/03 wird jedoch der zur Verteilung vorhandene Anteil in Geld in den Fachgruppentöpfen nicht mehr durch die anerkannte Fallpunktzahl geteilt. Vielmehr werden die neuen Fallpunktzahlen so berechnet, dass eine Vergütung mit einem festen Punktwert von 4,8 Cent in Primärkassen- und von 4,6 Cent im Ersatzkassenbereich - erfolgen kann. Mit Rundschreiben vom 27. Mai 2003 (Bl. 14/16 der Verwaltungsakte -VA-) gab die KV Nord-Württemberg ihren Mitgliedern dies bekannt.

Auf dieser Basis setzte die KV Nord-Württemberg mit Bescheid vom 12. Januar 2004 die Honoraransprüche der Kläger für das Quartal 3/03 auf 62.251,33 EUR fest (Bl. 22 VA). Hierbei legte sie u. a. ein praxisindividuelles Regelleistungsvolumen in Höhe von 724.349,6 Punkten im Primärkassen- und von 241.126,1 Punkten im Ersatzkassenbereich zugrunde. Dieses ermittelte sie aus der Multiplikation der für die "Regelleistungsvolumina" jeweils relevanten Behandlungsfälle im Quartal 3/03 (884 Fälle bzw. 281 Fälle) mit den durchschnittlichen Fallpunktzahlen der Kläger aus den im Jahr 2002 anerkannten Fallpunktzahlen nach Anwendung der Praxis- und Zusatzbudgets und der Arztgruppenfaktoren (819,4 Punkte im Primärkassen- und 858,1 Punkte im Ersatzkassen-Bereich). Wegen Überschreitens der so errechneten Punktzahlgrenzen ergaben sich Kürzungen im Primärkassenbereich um 100.790,2 Punkte und im Ersatzkassenbereich um weitere 19.597,2 Punkte (Bl. 32 VA). Außerdem blieben im Rahmen der Regelungen über die Fallzahlzuwachsbegrenzung insgesamt 43 Behandlungsfälle im Umfang von 40.371,8 Punkten unvergütet (Bl. 31 VA).

Mit Honorarbescheid vom 7. April 2004 setzte die Beklagte im Folgenden die Honoraransprüche der Kläger für das Quartal 4/03 auf 66.897,77 EUR fest. Hierbei ergaben sich unter Berücksichtigung einer mit einem festen Punktwert zu vergütenden Fallpunktzahl von 833,2 Punkten im Primärkassen- und 858,1 Punkten im Ersatzkassen-Bereich praxisindividuelle Punktzahlvolumina (Regelleistungsvolumina) in Höhe von 681.557,6 Punkten bzw. 232.545,1 Punkten und Kürzungen wegen Überschreitung dieser Grenzen in Höhe von 98.618,3 Punkten bzw. weitere 15.161,3 Punkte (Bl. 18 VA). Im Rahmen der Regelungen der Fallzahlzuwachsbeschränkung wurden 6 Behandlungsfälle im Umfang von 5.507 Punkten nicht vergütet (Bl. 17 VA).

Gegen diese Honorarbescheide erhoben die Kläger jeweils Widerspruch mit der Begründung, die Beklagte habe abgerechnete Punkte gestrichen, obwohl sie - die Kläger - die jeweiligen Punktzahlobergrenzen im Rahmen des Job-Sharings insgesamt nicht überschritten hätten. Außerdem habe die Beklagte ihre Fallpunktzahlen aus Berechnungen weit unter dem Durchschnitt ihrer Fachgruppe vorgenommen. Auch die Ermittlung des Korrekturfaktors sei allein aus den Berechnungen des Jahres 2002 erfolgt und ohne Berücksichtigung der Zahlen des Praxisvorgängers oder des Fachgruppendurchschnitts. Damit seien sie gezwungen, mit dem Budget eines "Unerfahrenen und Neulings" und den Anfängerschwierigkeiten einer neuen Praxis auf Dauer zu Recht zu kommen. Sie hätten erst im zweiten Jahr ihre Praxistätigkeit zusätzlich ambulante Leistungen anbieten können. Im Vergleich zur Fachgruppe sei ihre Punktzahlanforderung eher zurückhaltend. Die Beklagte habe auch nicht ihren deutlich höheren Anteil an Rentnerversicherten berücksichtigt. Schließlich habe die Beklagte die bei der Berechnung der praxisindividuellen Fallpunktzahlen für das Quartal 3/02 nachträglich durch den Bescheid vom 15. September 2003 anerkannten 18 Behandlungsfälle nicht berücksichtigt. Im Rahmen der Härtefallregelung seien ihre Fallpunktzahlen zumindest auf den Fachgruppendurchschnitt anzuheben.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21. Juni 2004 wies der Vorstand der KV Nord-Württemberg die Widersprüche zurück. Zur Begründung führte er u. a. aus, die Honorarabrechnungen entsprächen sowohl den Vorgaben des Bewertungsausschusses als auch dem HVM. Die Regelungen seien rechtsgültig zustande gekommen und anwendbares Recht. Kürzungen aufgrund der vom Zulassungsausschuss angeordneten Leistungsmengenbeschränkungen habe die Beklagte in den streitigen Quartalen nicht vorgenommen. Punktzahlkürzungen aufgrund der Neuregelungen des HVM stünden mit dieser Leistungsmengenbeschränkung in keinem Zusammenhang. Denn diese Leistungsbegrenzung erfolge aufgrund der Tatsache, dass es sich hier um eine Job-Sharing-Gemeinschaftspraxis handle und sei nach den Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte zur Beschränkung des Praxisumfanges festgesetzt worden. Der HVM der KV Nord-Württemberg nebst Anlagen sei jedoch eine hiervon völlig unabhängige untergesetzliche Rechtsnorm. Das bedeute, die Begrenzung, welche sich für die Kläger durch die Regelleistungsvolumina ergebe, könne nicht mit der vom Zulassungsausschuss für die Gemeinschaftspraxis festgestellten Leistungsbegrenzung in Zusammenhang gebracht werden. Die Regelleistungsvolumina habe die Beklagte nach den Abrechnungsunterlagen der Kläger in den Quartalen des Jahres 2002 ordnungsgemäß berechnet. Eine signifikante Änderung des Tätigkeitsschwerpunktes der Kläger lasse sich in den streitigen Quartalen im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal nicht feststellen. Da in der Regel die Behandlung und Betreuung der unmittelbar nach der Niederlassung noch neuen Patienten sehr leistungsintensiv sei, würden die Angaben der Kläger, dass im ersten Jahr der Niederlassung das Tätigkeitsspektrum noch nicht vollständig sei, sodass erst im Verlauf des zweiten Jahres zusätzlich ambulante Leistungen hätten angeboten werden können, insofern nicht nachvollziehbar erscheinen. Für die Berechnung der praxisindividuellen Regelleistungsvolumen sei auch nicht relevant, ob ein Arzt bestimmte Leistungen im Vergleich zu seiner Fachgruppe unter- oder überdurchschnittlich häufig erbringe, da die zugrunde gelegten Fallpunktzahlen praxisindividuell errechnet würden. Die Punktzahlkürzungen von jeweils 11,1 % lägen durchaus im üblichen Rahmen. Eventuell höhere Punktzahlreduzierungen durch Anwendung der Regelleistungsvolumina gegenüber den bis zum Quartal 2/03 gültig gewesenen Praxis- und Zusatzbudgets begründeten sich im Wesentlichen in der geänderten Systematik der Honorarverteilung. Vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts - BSG- (gemeint ist hier wohl das Urteil vom 15. Mai 2002 in [SozR 3 - 2500 § 87 Nr. 34](#) zu den Praxisunkosten der Hautärzte) sei ohnedies eine Anpassung der Honorarverteilung vorzunehmen gewesen. Zum anderen führe die Gewährleistung der festen Punktwerte auf hohem Niveau zu einer Absenkung der Fallpunktzahlen. Die alleinige Betrachtung der Punktzahlkorrekturen lasse vor diesem Hintergrund keine validen Schlussfolgerungen zu. Vielmehr sei eine Gesamtbetrachtung unter Einbeziehung der Fallwerte in Euro erforderlich. Hiernach zeige sich bei den Klägern folgendes Bild:

Quartal Fallwert in Euro (FW) praxisindividueller Punktwert in Euro (PW) Abweichung in % FW Abweichung in % PW
3/2002 40,71 0,043972
3/2003 50,74 0,047248 + 24,6 + 7,5
4/2002 55,66 0,044427
4/2003 60,63 0,048281 + 8,9 + 8,7

Danach liege der Fallwert der Kläger im Quartal 3/03 um 24,6 % und im Quartal 4/03 um 8,9 % über den jeweiligen Fallwerten der Vorjahresquartale. Eine Anhebung der Fallpunktzahlen auf den Fachgruppendurchschnitt sei im HVM weder vorgesehen noch sei eine solche Höhergruppierung geboten. Die für das Quartal 3/02 nachträglich anerkannten 18 Behandlungsfälle habe die KV Nord-Württemberg im Rahmen der Ermittlung der Nettofallpunktzahlen lediglich anzahlmäßig in Abzug gebracht, nicht jedoch die sich daraus ergebenden Punktzahlkürzungen. Bei Berücksichtigung auch der Anzahl der nachträglich anerkannten 18 Behandlungsfälle ergäben sich für die Praxis der Kläger in beiden Leistungsbereichen geringere Basisfallpunktzahlen. Von einer Einbeziehung habe die KV Nord-Württemberg deshalb im Interesse der Kläger insoweit abgesehen. Schließlich sei auch eine besondere Härte nicht gegeben.

Hiergegen haben die Kläger am 19. Juli 2004 Klage vor dem Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Zur Begründung haben sie im Wesentlichen geltend gemacht, die Beklagte habe die Besonderheiten der Anfängerpraxis der Kläger nicht berücksichtigt. Auch bei einer Praxisneugründung müsse die Möglichkeit der Abrechnung bis zum Durchschnitt der Fachgruppe gewährleistet sein. In ihrem Fall sei die Berechnung des Korrekturfaktors zur Reduzierung der Fallpunktzahlen aus den Abrechnungsergebnissen im ersten Jahr ihrer Zulassung erfolgt. Eine Berücksichtigung der Zahlen der Praxisvorgänger habe insoweit nicht stattgefunden. Auch lägen ihre Fallpunktzahlen unter dem Fachgruppendurchschnitt. Damit würden sie auf Anfängerniveau "fixiert". Dagegen habe nach der Anlage 1 zum HVM der KV Nord-Württemberg die Berechnung auf der Basis der im Kalenderjahr 2000 anerkannten Punktzahlen zu erfolgen. Sie hätten eine voll etablierte und renommierte Praxis eines Orthopäden übernommen. Die Behandlung des übernommenen Patientenstamms sei "überhaupt nicht leistungsintensiv" gewesen. Erst im zweiten Jahr ihrer Zulassung hätten sie zusätzliche ambulante Leistungen anbieten können. Eine signifikante Änderung ihres Tätigkeitsspektrums liege nicht vor. Jedenfalls sei eine Punktzahlkürzung um jeweils mehr als 11 % gerade bei einer Praxisneugründung äußerst beeinträchtigend und nachteilig. Sie hätten Anspruch auf Teilhabe an einer Steigerung der Einkünfte entsprechend ihren Leistungen und Fähigkeiten. Die Beklagte habe auch zu Unrecht die Anwendung der Härtefallregelung abgelehnt.

Die Beklagte ist dem entgegen getreten und hat zunächst darauf hingewiesen, dass für die Berechnung der Fallpunktzahlen nach den Regelungen der Anlage 1 zum HVM die anerkannten Fallpunktzahlen der Quartale des Jahres 2002 maßgebend gewesen seien. Eine

Ausnahmeregelung für zum 1. Januar 2002 gegründete Neupraxen enthalte der HVM nicht. Die Voraussetzungen für die Anwendung einer Ausnahmeregelung lägen nicht vor, denn weder habe sich das Leistungsspektrum der Kläger im Vergleich zum Kalenderjahr 2002 nachhaltig geändert noch liege eine dynamische Entwicklung vor. Gegen eine Honorarverteilungsbedingte Benachteiligung der Praxis der Kläger spreche auch die Entwicklung der Fallpunktzahlen in Euro im Vergleich zu den jeweiligen Vorjahresquartalen. Trotz insgesamt sinkender Tendenz der Gesamtvergütungen hätten die Kläger jeweils deutlich höhere Honorare je Behandlungsfall erzielt. Auch nach der Rechtsprechung des BSG hätten sie keinen Anspruch auf Festsetzung von Fallpunktzahlen im Umfang des Fachgruppendurchschnitts. Ausgangspunkt seien insoweit vielmehr die garantierten Punktwerte von 4,8 Cent im Primärkassen- bzw. 4,6 Cent im Ersatzkassenbereich. Das Begehren der Kläger laufe im Ergebnis auf eine Durchbrechung dieser Systematik hinaus. In diesem Fall sei ein fester Punktwert dann nicht mehr zu garantieren und auszubezahlen. Im Übrigen ließen die Abrechnungsunterlagen keine Anfängerschwierigkeiten erkennen. Insoweit sei auch das Vorbringen der Kläger bereits in sich widersprüchlich.

Mit Urteil vom 21. März 2005 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, dass die hier beanstandeten Honorarbescheide rechtmäßig seien und die dem zugrunde liegenden Regelungen über Honorarbegrenzungen durch so genannte praxisindividuelle Punktzahlgrenzen mit der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage und der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des BSG zur Honorarverteilungsgerechtigkeit im Einklang stünden. Die letztlich hier streitigen Regelungen der Anlage 1 zum HVM der KV Nord-Württemberg hätten zum Ziel gehabt, bei Honorarabrechnungen ab dem Quartal 3/03 trotz der budgetierten Gesamtvergütungen die Fallpunktzahlen so zu berechnen, dass Vergütungen mit einem festen Punktwert von 4,8 Cent im Primärkassen- und von 4,6 Cent im Ersatzkassen-Bereich erfolgen könnten. Insgesamt sei es Ziel dieser Regelungen, dass nun der einzelne Arzt für die Leistungsmenge in Höhe seiner praxisindividuellen Punktzahlvolumina Kalkulationssicherheit in dem Sinne habe, dass er schon zu Beginn eines Quartals bei ungefähr gleich bleibenden Behandlungsfällen und -voraussetzungen die Höhe des zu erwartenden Honorars sicher abschätzen könne. Insgesamt verstoße die Einführung der praxisindividuellen Punktzahlvolumina nicht gegen höherrangiges Recht. Sie sei insbesondere mit [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) vereinbar, demzufolge die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Verteilung der Gesamtvergütungen Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrunde zu legen hätten. Mit dem Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung in Einklang stehe die Bildung individueller Kontingentgrenzen (Hinweis auf BSG [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 28](#)). Im Hinblick darauf, dass die von praxisindividuellen Punktzahlvolumina erfassten Arztgruppen nicht homogen seien, habe die KV Nord-Württemberg auch zutreffend die Punktzahlgrenzwerte nach Arztgruppen differenziert berechnet. Ebenso wenig sei zu beanstanden, dass nach Nr. 4.5.1 Anlage 1 zum HVM für die praxisindividuellen Punktzahlvolumina an die in den Quartalen des Jahres 2002 nach Anwendung von Praxis- und Zusatzbudgets anerkannten Punktzahlen angeknüpft werde. Auch dies sei nach der Rechtsprechung des BSG nicht zu beanstanden (Hinweis auf BSG [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 24](#)). Auch im Übrigen seien die Regelungen zum Arztgruppenfaktor nicht zu beanstanden. Weiter hat das SG noch darauf verwiesen, dass den mit jeder notwendig typisierenden und generalisierenden Regelung im Einzelfall möglicherweise verbundenen Härten in Nr. 4.5.1 Abs. 6 der Anlage 1 zum HVM der KV Nord-Württemberg ausreichend Rechnung getragen werde. Danach könne die KV Ausnahmesituationen wie Anträgen auf Härtefälle oder dynamische Entwicklungen in einzelnen Praxen Rechnung tragen.

Soweit allerdings die Kläger beanstandeten, die Regelungen der Honorarverteilung müssten grundsätzlich gewährleisten, dass Ärzte bis zum Durchschnitt der Fachgruppe abrechnen könnten, treffe dies nicht zu. Das BSG habe zwar wiederholt klargestellt, dass umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen, typischerweise neu gegründete Praxen, die Möglichkeit haben müssten, durch Erhöhung der Zahl der von ihnen behandelten Patienten den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Denn die Güte des Arztes im Wettbewerb mit seinen Kollegen schlage sich regelmäßig in der Fallzahl nieder, nicht aber in der Höhe der je Behandlungsfall abgerechneten Punkte. Dies bedeute aber nicht, dass Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz von jeder Begrenzung des Honorarzuwachses verschont werden müssten. Erst Recht ergebe sich hieraus kein Anspruch auf eine Vergütung der Kläger in Höhe des Fachgruppendurchschnitts, denn ein Vertragsarzt habe keinen Anspruch auf ein Honorar in bestimmter Höhe, sondern gemäß [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) nur auf eine angemessene Vergütung, das bedeute einen Anspruch auf einen seiner Leistung entsprechenden Anteil an der (begrenzten) Gesamtvergütung (mit Hinweis auf entsprechende BSG Rechtsprechung, [BSGE 75,187](#); [SozR 3 - 2500 § 72 Nr. 5](#)). In dem Zusammenhang sei zu berücksichtigen, dass die Kläger in den Quartalen 3/02 und 3/03 mit 1.454 bzw. 1.212 Patienten jeweils eine überdurchschnittliche Fallzahl im Vergleich zur Fachgruppe (1.202 bzw. 1.167 Patienten) behandelt hätten. Mit 1.050 bzw. 1.098 Behandlungsfällen in den Quartalen 4/02 bzw. 4/03 wären die Kläger zwar unter den durchschnittlichen Behandlungszahlen ihrer Fachgruppe (1.129 bzw. 1.138 Patienten) gelegen. Ihr in den streitigen Quartalen unterdurchschnittliches Gesamthonorar im Vergleich zur Fachgruppe habe jedoch in erster Linie aus einer weit unterdurchschnittlichen Punktzahlanforderung je Behandlungsfall (1.189,9 bzw. 1.339,6 Punkte) im Vergleich zur Fachgruppe (1.496,3 bzw. 1.529,9 Punkte) resultiert. Dies auszugleichen sei jedoch nicht Aufgabe der KV Nord-Württemberg bzw. der Beklagten. Nr. 4.5.4.1 erster Halbsatz der Anlage 1 zum HVM 1. Halbsatz, wonach bei Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit der angepasste Durchschnitt der Nettofallpunktzahlen der Arztgruppe gelte bzw. Nr. 4.5.4.2, demzufolge bei Übernahme einer Praxis auch die Nettofallpunktzahl übernommen werde, fänden jedoch hier keine Anwendung, da die Kläger bereits zum 1. Januar 2002 ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufgenommen hätten und nicht erst ab dem Quartal 3/03, dem Inkrafttreten dieser Regelungen. Fehl gehe auch die Annahme der Kläger, die praxisindividuellen Fallpunktzahlen errechneten sich aus den Abrechnungsergebnissen des Jahres 2000, denn nach der eindeutigen Regelung im HVM seien insoweit die Abrechnungsergebnisse der Quartale des Jahres 2002 maßgebend. Es sei auch nicht zu beanstanden, dass nach den Regelungen des HVM die praxisindividuellen Punktzahlvolumina übersteigenden Punktzahlanforderungen der Kläger nicht vergütet worden seien. Hierzu sei auch festzuhalten, dass diese Regelung lediglich bewirke, dass bei einer Überschreitung der Punktzahlobergrenzen die Höhe der Vergütung für die einzelne erbrachte Leistung sinke. Es sei keineswegs so, dass die tatsächlich erbrachte ärztliche Leistung nicht mehr vergütet würde. Schließlich habe die KV Nord-Württemberg auch das Vorliegen einer Ausnahmesituation zu Recht verneint. Insbesondere liege ein solcher Ausnahmefall nicht deshalb vor, weil von den von den Klägern insgesamt abgerechneten Punkten jeweils 11,1 % unvergütet geblieben seien. Denn für die Frage, ob ein Härtefall im Sinne der Nr. 4.5.1 Abs. 6 der Anlage 1 zum HVM vorliege, sei nicht auf die bloße Anzahl der gestrichenen Punkte bzw. deren Verhältnis zur Anzahl der angeforderten Punkte, sondern auf das Gesamtbild der Honorarentwicklung des Vertragsarztes, insbesondere aber auf den Fallwert in Euro abzustellen. Insoweit sei aber unbestritten festzustellen, dass die Fallwerte der Kläger in Euro mit 50,74 EUR im Quartal 3/03 und 60,63 EUR im Quartal 4/03 um 24,6 % bzw. 8,9 % über den Fallwerten in den jeweiligen Referenzquartalen 3/02 bzw. 4/02 (40,71 EUR bzw. 55,56 EUR) gelegen hätten. Die Kläger hätten deshalb durch die Änderung der Systematik der Honorarverteilung ab dem Quartal 3/03 keine hierdurch bedingte Honorareinbußen erlitten. Ein Härtefall liege nämlich erst dann vor, nach der Regelung, wenn der Fallwert in Euro um mehr als 10 % gegenüber demjenigen des maßgeblichen Referenzquartals zurückgehe. Schließlich liege auch keine anzuerkennende dynamische Entwicklung vor, hierunter sei eine überproportionale Steigerung der Fallzahl zu verstehen. Eine solche dynamische Entwicklung habe aber im Fall der Kläger gerade nicht stattgefunden, denn mit 1.212 Patienten im Quartal 3/03 bzw. 1.098 Patienten im Quartal 4/03 hätten diese sogar erheblich weniger Patienten als im Quartal 3/02 (1.454 Patienten) bzw. nur geringfügig mehr Patienten als im Quartal 4/02 (1.050

Patienten) behandelt. Eine kontinuierliche Zunahme der Anzahl der Behandlungsfälle ergebe sich hieraus gerade nicht. Auch das Leistungsspektrum der Kläger habe sich in den streitigen Quartalen im Vergleich zu den jeweiligen Referenzquartalen des Vorjahres nicht signifikant geändert, wie sich aus den aktenkundigen Leistungsübersichten ergebe. Dies hätten die Kläger zuletzt auch ausdrücklich eingeräumt.

Die Kläger haben gegen das ihrem Bevollmächtigten am 24. März 2005 mit Empfangsbekanntnis zugestellte Urteil am 21. April 2005 Berufung eingelegt. Zur Begründung machen sie durch ihren Bevollmächtigten geltend, das SG habe zu Unrecht die Besonderheiten der Anfängerpraxis der Kläger nicht berücksichtigt, ebenso wenig den Umstand, dass auch bei Praxisneugründung die Möglichkeit bestehen müsse, bis zum Durchschnitt der Fachgruppe abzurechnen. Auch sei nicht berücksichtigt worden, dass die Fallpunktzahlen unter dem Fachgruppendurchschnitt liegen würden. Eine Behandlung des übernommenen Patientenstammes vom Vorgänger der Kläger sei nicht, wie von der Beklagten zu Unrecht behauptet, leistungsintensiv gewesen. Erst im zweiten Jahr ihrer Zulassung hätten die Kläger zusätzlich ambulante Leistungen anbieten können. Eine signifikante Änderung ihres Tätigkeitsspektrums liege demnach nicht vor. Zu Unrecht habe auch die Beklagte die Härtefallregelung abgelehnt. Soweit das SG die Auffassung vertreten habe, die Beklagte habe in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des BSG eine Anknüpfung der Honorarverteilungsregelung an das frühere Abrechnungsergebnis jedes einzelnen Arztes in der Vergangenheit für zulässig erklärt, verkenne das SG, dass es bei den Klägern kein entsprechendes Abrechnungsergebnis gebe, allenfalls ein solches ihres Vorgängers. An dessen Abrechnungsergebnis seien sie allerdings insoweit nicht gebunden, dass nicht einmal der Fachgruppendurchschnitt von ihnen erreichbar sei. Hier sei zu berücksichtigen, dass es sich um eine Anfängerpraxis gehandelt habe, und insoweit eben der zu Beginn erzielte Umsatz nicht typischerweise als Maßstab heran gezogen werden könne. Entgegen der Auffassung des SG liege sehr wohl ein Härtefall vor, eine Ausnahmesituation ergebe sich nämlich aus der Tatsache, dass die Kläger Anfänger seien und eine bestehende Praxis übernommen hätten. Die Kläger hätten ihre vertragsärztliche Tätigkeit am 1. Januar 2002 begonnen, die Referenzquartale seien also nahezu identisch mit dem Beginn der Tätigkeit der Kläger. Das SG gehe auch zu Unrecht davon aus, dass keine Ausnahmesituation vorliege, obwohl die Kläger insgesamt 11,1 % der abgerechneten Punkte nicht vergütet erhalten hätten. Soweit sich das SG im Wesentlichen auf den Fallwert der Kläger stütze und darauf verweise, dass dieser in den streitigen Quartalen über dem Fallwert in den Referenzquartalen aus dem Jahr 2002 läge, verkenne das SG, dass es sich hierbei zum einen um Anfängerquartale gehandelt habe und zum anderen, dass die Ausnahmesituation sich sehr wohl in dem Prozentsatz von 11,1 % an unvergüteten Punkten widerspiegele. Schließlich verweise ja das SG selbst darauf, dass ein Härtefall nach der entsprechenden Anlage 1 zum HVM dann vorgesehen sei, wenn der Fallwert in Euro um mehr als 10 % unter den des maßgeblichen Referenzquartals zurückgehe. Weshalb dies nur für den Fallwert gelten solle, aber nicht für Punkte, sei unverständlich und auch unzutreffend. Es sei auch außer Acht gelassen worden, dass mit der Zubilligung einer 11,1 %igen Kürzung der abgerechneten Punkte die Kläger auch zukünftig auf dem von der Beklagten vorgenommenen "niedrigen Niveau eingefroren" würden und keine Möglichkeit sich für sie ergebe, entsprechend der Qualität ihrer Arbeit zusätzliche Patienten zu behandeln und selbstverständlich auch abzurechnen. Ergänzend machen die Kläger geltend, dass soweit ein Härtefall deswegen verneint werde, weil die Fallwerte der Kläger in den streitigen Quartalen über den Fallwerten der Referenzquartale liegen würden, dies nicht zulässig sei, da die Referenzquartale gerade die Anfängerquartale der Kläger sei, so dass hier als Maßstab auf den Fallwert der Fachgruppe letztlich abzustellen sei.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21. März 2005 aufzuheben sowie die Bescheide der Beklagten vom 12. Januar 2004 und 7. April 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Juni 2004 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihre Honoraranforderungen für die Quartale 3/03 und 4/03 im gesamten Umfang zu vergüten, hilfsweise die Beklagte unter Abänderung der genannten Bescheide zu verurteilen, über ihre Honoraransprüche für die Quartale 3/03 und 4/03 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend und führt ergänzend noch aus, das SG habe entgegen dem Berufungsvorbringen auch keineswegs die Situation der klägerischen Praxis verkannt oder etwa falsch eingeschätzt. Dies gelte insbesondere für die angeblich vorliegende besondere Härte oder eine dynamische Entwicklung der Praxis. Falsch sei darüber hinaus auch die Schlussfolgerung der Kläger die von der Beklagten angewendeten Honorarabrechnungsbestimmungen seien schon deshalb rechtswidrig, weil sie ihre Ziele, die Mengenausweitung zu verhindern, die Gesamthonorarsituation zu stabilisieren und die Einnahmesituation kalkulierbar zu machen, nicht erreicht hätten. Zum einen sei insoweit zu bestreiten, dass die Ziele nicht erreicht worden seien und zum anderen sei insoweit aber nicht die tatsächliche Zielerreichung entscheidend, sondern lediglich die grundsätzliche Geeignetheit der Mittel, diese realistisch erreichen zu können. Das werde allerdings von den Klägern selbst nicht bestritten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegt nicht vor. Der Beschwerdewert von 500 EUR ist überschritten. Im Streit steht im günstigsten Fall die vollständige Nachvergütung der gestrichenen Punkte, woraus sich ein Streitwert in Höhe von 13.336,23 EUR ergibt.

II.

Die Berufung der Kläger ist jedoch unbegründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen, da die angefochtenen Honorarbescheide rechtmäßig sind und die Kläger nicht in ihren Rechten verletzt. Ein Anspruch der Kläger auf Vergütung sämtlicher von ihnen für die

streitigen Quartale zur Abrechnung gestellten (und insoweit gekürzten) Punktzahlen besteht ebenso wenig wie ein Anspruch auf Neubescheidung ihrer Honoraranprüche.

1. Rechtsgrundlage für die hier streitigen Regelungen über Honorarbegrenzungen durch so genannte praxisindividuelle Punktzahlgrenzen ist [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) (in der hier maßgeblichen Fassung). Danach 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 (Satz 1). Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an (Satz 2). Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zugrunde zu legen (Satz 3). Gem. [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) soll der Verteilungsmaßstab u. a. auch sicherstellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes verhütet wird. Insbesondere kann gemäß Satz 7 vorgesehen werden, dass die von einem Vertragsarzt erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Umfang (Regelleistungsvolumen) nach festen Punktwerten vergütet werden; die Werte für das Regelleistungsvolumen je Vertragsarzt sind arztgruppenspezifisch festzulegen. Übersteigt das Leistungsvolumen eines Vertragsarztes das Regelleistungsvolumen seiner Arztgruppe, kann der Punktwert bei der Vergütung der das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungen abgestaffelt werden ([§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#)).

Bei der Ausgestaltung des HVM haben die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Gestaltungsspielraum, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Satzung ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist (BSG SozR 3 - 2500 § 85 Nrn. 34, 44, 45 und 47). Der HVM muss mit der Ermächtigungsgrundlage und höherrangigem Recht im Einklang stehen und insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars (s. [BVerfGE 33, 171](#), 184 und [BSG SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 23](#)) sowie den aus [Art. 12 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit beachten (BSG SozR 3 - 2500 § 85 Nrn. 47 und 48). Dabei kann der HVM die Aufteilung der Gesamtvergütung auf einzelne arztgruppenbezogene Honorarkontingente vorsehen (BSG SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 47 und Urteil vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) -).

Honorarbegrenzungsregelungen können den sich daraus ergebenden Maßstäben widersprechen, weil Honorarkürzungen bei Überschreitung so genannter praxisindividueller Punktzahlgrenzen zur Folge haben, dass sich das Honorar mindert, obwohl auch die Leistungen, die nicht in die Vergütung mit einbezogen sind, der Leistungsbeschreibung im EBM entsprechend erbracht worden sind. Bei dem Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars handelt es sich jedoch nur um einen Grundsatz. Von diesem darf abgewichen werden, wenn die Kassenärztliche Vereinigung damit andere billigenswerte Zwecke verfolgt (BSG SozR 3 - 2500 § 85 Nrn. 44, 45 und 48). Solche aner kennenswerten Zielsetzungen können in einer Garantie der Höhe des Vergütungspunktwertes durch die Begrenzung des Anstiegs der zu vergütenden Leistungsmengen liegen, weil auf diese Weise den Vertragsärzten für ihr vertragsärztliches Honorar eine hohe Kalkulationssicherheit gewährleistet wird.

Anlage 1 zum HVM der KVNW i. d. F. des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 14.05.2003 hatte folgenden Wortlaut:

2 Aufteilung der Gesamtvergütung ... 2.1 Einzelleistungsvergütung -EL- ...

2.2 Hausärztliche Vergütung -HÄV- ... 2.3 Anteil für Laborleistungen ... Anteil für Leistungen des Kapitels U EBM sowie sonstige Euro-Werte

2.5 Anteil für Leistungen aus dem ehemaligen KO-Katalog ... 2.6 Anteil für Leistungen der Psychotherapie ...

2.7 Anteil für Leistungen der Arztgruppen AG 1 ... 12 Anteil der Gesamtvergütung, der auf die Leistungen (mit Ausnahme der Leistungen nach den Nrn. 2.1 bis 2.6) der nachfolgend genannten Arztgruppen entfällt: - Allgemeinärzte, praktische Ärzte - Anästhesisten - Augenärzte - Chirurgen - Frauenärzte - Hautärzte - HNO-Ärzte - Hausärztliche Internisten - Kinderärzte - Nervenärzte, Psychiater, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologen - Orthopäden - Urologen

Dieser Anteil der Gesamtvergütung wird weiter unterteilt in Anteile für die einzelnen Arztgruppen.

2.8 Anteil für Leistungen der Arztgruppen AG 13 ... 16 ... 3 Berechnung der Gesamtvergütungsanteile nach Nr. 2 ...

3.7 Anteil für Leistungen für Arztgruppen 1 bis 12

Die Anteile für Leistungen der Arztgruppen 1 bis 12 werden wie folgt ermittelt:

Zunächst wird die nach Anlage 3 der Allgemeinen Bestimmungen (EBM) A I Teil B in der bis zum 30.06.2003 gültigen Fassung für die jeweilige Arztgruppe vorgesehene Sollumsatzberechnung (Formelbestandteil a reg x b + c reg) auf der Grundlage der Umsätze und der Betriebskostenanteile des Jahres 2000 (Anlage zur Anlage 1 des HVM der KVNW) sowie unter Berücksichtigung der Arztzahlen des Jahres 2000 durchgeführt. Anschließend erfolgt eine Bereinigung um die jeweils enthaltenen Werte für die Leistungen gemäß Nrn. 2.1 bis 2.3 und 2.6. Für die Aufteilung auf die Quartale werden die im Jahr 2000 zur Verfügung gestellten Anteile an dem nach Kopfpauschalen berechneten Gesamtvergütungsanteil herangezogen. Zu den Quartalswerten wird die jeweils anfallende Vergütung für belegärztliche Leistungen der Quartale des Jahres 2000 hinzuaddiert. Auf der Basis der so ermittelten Werte des Jahres 2000 werden unter Berücksichtigung der bis zum 30.06.2003 geltenden Honorarverteilungsregeln Gesamtvergütungsanteile des Jahres 2002 ohne die Leistungen nach Nr. 2.4 und 2.5 berechnet; anhand der danach sich ergebenden Anteile an der nach Kopfpauschalen berechneten Gesamtvergütung des Jahres 2002 werden die entsprechenden Gesamtvergütungsanteile ab dem Quartal 3/03 ermittelt ...

4 Verteilung der Gesamtvergütungsanteile nach Nr. 2 ... 4.5 Bei den Leistungen der Arztgruppen AG 1 ... 12 wird je Arztgruppe wie folgt verfahren:

4.5.1 (1) In einem ersten Schritt wird je Vertragsarztpraxis eine Nettofallpunktzahl für die je Behandlungsfall (im Sinne der anerkannten Behandlungsfälle der Anlage 2 zum Honorarverteilungsmaßstab der KV NW) nach Anwendung von Praxis- und Zusatzbudgets anerkannten Punktzahlen (Ohne Euro-Werte) aus den Quartalen des Jahres 2002 berechnet; Berichtigungen der Honoraranforderungen nach Erstellung des Honorarbescheides aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Qualitätssicherung und Prüfungen auf rechnerisch/sachliche Richtigkeit bis zu

jeweils 10.000 Punkten bleiben bei der Feststellung der anerkannten Punktzahlen unberücksichtigt.

(2) In einem nächsten Schritt wird die so ermittelte Nettofallpunktzahl entsprechend der Veränderung der Gesamtvergütungsanteile gem. Nr. 3.7 angepasst.

(3) Die so angepasste Nettofallpunktzahl wird in einem weiteren Schritt mit dem Arztgruppenfaktor gem. Nr. 4.5.2 Abs. 1 multipliziert.

(4) Aus der Multiplikation der nach Abs. 1 bis 3 ermittelten Fallpunktzahl mit den gemäß Anlage 2 zum Honorarverteilungsmaßstab der KV NW (Fallzahlzuwachsbeschränkung) anerkannten Behandlungsfällen in der Aufteilung nach Primär- und Ersatzkassen des jeweils aktuellen Quartals ergibt sich die Punktzahlgrenze (jeweils für Primär- und Ersatzkassen) für die Leistungen je Vertragsarztpraxis. Vorbehaltlich der Regelungen zur Fallzahlzuwachsbeschränkung werden die Punkte bis zu dieser Grenze mit einem Punktwert von 0,048 EUR bei Primärkassen und 0,046 EUR bei Ersatzkassen vergütet. Darüber hinausgehende Punktzahlanforderungen werden nicht anerkannt.

(5) Der Vorstand ist ermächtigt, den Punktwert nach Abs. 4 für das nächstmögliche Quartal anzupassen, wenn die Entwicklung des zur Verfügung stehenden budgetierten Gesamtvergütungsanteils bzw. die Entwicklung der mit dem Punktwert gemäß Abs. 4 zu vergütenden Punktzahlen dies erforderlich macht.

(6) Über Ausnahmen zu den Fallpunktzahlen wie Anträge auf Härtefälle und anzuerkennende dynamische Entwicklungen entscheidet der Vorstand der KV NW im Einzelfall.

4.5.2. (1) Je Arztgruppe wird ein Arztgruppenfaktor berechnet. Dazu wird in einem ersten Schritt durch Division des zur Verfügung stehenden budgetierten Gesamtvergütungsanteils (nach Abzug der entsprechenden Euro-Werte) durch den Punktwert nach Nr. 4.5.1 Abs. 4 ein Punktzahlvolumen ermittelt, welches mit dem Punktwert nach Nr. 4.5.1 Abs. 4 vergütet werden kann. Anschließend erfolgt die Berechnung des Arztgruppenfaktors, indem das Punktzahlvolumen nach Satz 2 in das Verhältnis zu der nach Durchführung des Schrittes gem. Nr. 4.5.1 Abs. 2 verbleibenden Punktzahl gesetzt wird.

(2) Der Vorstand ist ermächtigt, den Faktor nach Abs. 1 für das nächstmögliche Quartal anzupassen, wenn ...

Die Regelungen, auf denen die angefochtenen Honorarbescheide beruhen, stehen mit den sich aus [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ergebenden Anforderungen - wie bereits vom SG ausgeführt - in Einklang und sind rechtmäßig. Die Einführung der praxisindividuellen Fallpunktzahlen beruht auf dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 19. Dezember 2002 dessen Rechtsgrundlage wiederum sich in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung findet.

Diese Regelungen in der Anlage 1 zum hier maßgeblichen HVM haben ausweislich des Rundschreibens der Beklagten vom 27. Mai 2003 (S. 2) sowie der Anlage zum Rundschreiben vom 21. Januar 2004 ("Erläuterungen zum Regelleistungsvolumen gem. Anlage 1 Nr. 4.5 HVM ab 1. Juli 2003", Ziffer III 3) zum Ziel, bei Honorarabrechnungen ab dem Quartal 3/03, trotz der budgetierten Gesamtvergütungen die Fallpunktzahlen so zu berechnen, dass Vergütungen mit einem festen Punktwert von 4,8 Cent im Primärkassen- und 4,6 Cent im Ersatzkassen-Bereich erfolgen können. Hierzu werden die jeweiligen Fachgruppenhonorartöpfe nicht mehr wie bisher durch die angeforderten Punkte, sondern durch die angestrebten Punktwerte geteilt und damit die Punktzahl ermittelt, die mit den angestrebten festen Punktwerten vergütet werden kann. Da nur ein Teil des der Berechnung zugrunde liegenden Leistungsumfanges zu diesen festen Punktwerten vergütet werden kann, ist die Einführung eines arztgruppenbezogenen Korrekturfaktors erforderlich (Erläuterungen zum Regelleistungsvolumen gemäß Anlage 1 Nr. 4.5 HVM ab 1. Juli 2003 Ziffer III 3), denn die Beklagte kann von den Krankenkassen keine "Nachschüsse" auf die vereinbarten Gesamtvergütungen verlangen.

Wie weiter vom SG auch unter Bezugnahme auf die Abrechnungsinformationen in den Rundschreiben der Beklagten ausgeführt, wird durch diese Regelungen den Vertragsärzten ein hohes Maß an wirtschaftlicher Kalkulierbarkeit der Einnahmesituation für ihre ärztliche Tätigkeit gewährt, das in einem nach der Zahl der Leistungserbringer, der Leistungsmenge und der Behandlungsfälle variablen Gesamtvergütungssystem kaum übertroffen werden kann. Denn der einzelne Arzt hat für die Leistungsmenge in Höhe seiner praxisindividuellen Punktzahlvolumina Kalkulationssicherheit in dem Sinne, dass er schon zu Beginn eines Quartals bei ungefähr gleich bleibenden Behandlungsfällen und -voraussetzungen die Höhe des zu erwartenden Honorars sicher abschätzen kann. Konsequenz dieser Regelung ist, dass Ausweitungen der Leistungsmenge durch andere Ärzte sich in den durch die praxisindividuellen Punktzahlvolumina gesicherten Bereichen nicht (mehr) auswirken. Die von der damaligen KV Nord-Württemberg seit dem Quartal 3/03 gewählte Ausgestaltung der Honorargestaltung dient weiter dem Ziel, Begrenzungen der Gesamtvergütungen im Verhältnis der Krankenkassen zu der Beklagten in geeigneter Form an die einzelnen Vertragsärzte im Rahmen der Honorarverteilung weiterzugeben. Diesen Gesichtspunkt hat das BSG als legitimer Grund für die Abweichung vom Gebot der strikt leistungsproportionalen Honorarverteilung angesehen (BSG [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 3](#) m. w. N.). Damit war es der damaligen KV Nord-Württemberg gestattet, eine gesetzlich angeordnete Begrenzung der Gesamtvergütungen bei der Honorarverteilung zu berücksichtigen (s. BSG aaO). Dies ergibt sich bereits aus deren Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 75 Abs. 1 SGB V](#)) und ihrer Mitverantwortung für eine angemessene Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)).

Die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen - mit Ausnahme der hausärztlichen Grundvergütung, der Laborleistungen nach den GNR 3450 und 3452 EBM, der Leistungen der Psychotherapie sowie alle Einzelleistungen (s. Erläuterungen zum Regelleistungsvolumen ab 1. Juli 2003 gemäß Anlage 1 Nr. 4.5. HVM zum Rundschreiben vom 21. Januar 2004 Ziffer I, - Blatt 39 VA -), die ohne Mengenbegrenzungskomponente mit einem vereinbarten festen Punktwert bzw. Eurowert vergütet werden, orientiert sich nunmehr an praxisindividuellen Fallpunktzahlen für den Primär- und Ersatzkassen-Bereich sowie insbesondere an festen Punktwerten in beiden Bereichen und eine Überschreitung der praxisindividuellen Punktzahlvolumina hat keine Erhöhung des Honorars zur Folge (Nr. 4.5.1 Abs. 4 Satz 3 der Anlage 1 zum HVM). Damit wird der Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge beendet, zumindest aber weiterhin begrenzt. Damit stellen die Neuregelungen in Anlage 1 zum HVM auch die finanzielle Tragfähigkeit und Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung sicher. Hierbei handelt es sich um Gemeingüter von hoher Bedeutung (s. [BVerfGE 68, 193](#), 218; [70, 1](#), 26 ff.; [82, 209](#), 230 sowie 101, 351, 358). Die Einführung der praxisindividuellen Punktzahlvolumina verstößt daher nicht gegen höherrangiges

Recht. Sie ist insbesondere mit [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) vereinbar, demzufolge die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Verteilung der Gesamtvergütungen Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrunde zu legen zu haben. Wie bereits ausgeführt steht mit dem Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung die Bildung individueller Kontingentgrenzen im Einklang (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#)). Denn vor dem Hintergrund einer auch über den 30. Juni 2003 hinaus bestehenden begrenzten Gesamtvergütung muss - um hier nun einen festen Punktwert zu garantieren - eine Begrenzung der abrechenbaren Leistungen vorgenommen werden. Andernfalls müsste nämlich bei der hier letztlich im Ergebnis von den Klägern geforderten Vergütung sämtlicher geforderter Punkte auf feste Punktwerte verzichtet werden. Im Hinblick darauf ist es auch nach Auffassung des Senats nicht zu beanstanden, wenn die damalige KV Nord-Württemberg bei der Honorarverteilung ab dem Quartal 3/03 der Garantie eines festen Punktwertes für alle ärztlichen Leistungen - auch getrennt nach Kassenbereichen - den Vorrang vor einer Honorierung sämtlicher Punkte mit einem floatenden Punktwert gibt. Unter Berücksichtigung dessen sind auch die Regelungen zur Festlegung praxisindividueller Punktzahlvolumina durch die Ermächtigungsgrundlage im [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) gedeckt. Im Übrigen sind die Möglichkeiten der Gestaltung im HVM durch [§ 85 Abs. 4](#) Sätze 7 und [8 SGB V](#) in der Fassung des GKV-Reformgesetzes - 2000 ([BGBl 1999 I, S. 2626](#)) nicht abschließend vorgegeben. Nach diesen Bestimmungen besteht insbesondere die Möglichkeit, Regelleistungsvolumina mit festen Punktwerten zu vergüten und den Punktwert bei Überschreitung dieser Volumina abzustaffeln. Durch die Verwendung des Wortes "insbesondere" hat der Gesetzgeber dabei jedoch klargestellt, dass dem weitergehenden Gestaltungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen keine verbindlichen, abschließenden Vorgaben gemacht werden sollen (s. BSG Breithaupt 2004, 819 ff.). Praxisindividuelle Punktzahlvolumina reduzieren damit den Anreiz zu einer immer weiteren Vermehrung der abrechenbaren Leistungen.

Die damalige KV Nord-Württemberg hat des Weiteren durch die differenzierte Berechnung der Punktzahlgrenzwerte nach Arztgruppen auch dem Umstand Rechnung getragen, dass die von den praxisindividuellen Punktzahlvolumina erfassten Arztgruppen nicht homogen sind (Nr. 2.7 und 2.8 Anlage 1 zum HVM) und dabei insbesondere die unterschiedlichen Praxiskostensätze der einzelnen Fachgruppen durch einen Anpassungsfaktor für den jeweiligen Arztgruppentopf in Anwendung gebracht (Nr. 3.7 und 3.8 der Anlage 1 zum HVM).

Des Weiteren ist nicht zu beanstanden, dass Nr. 4.5.1 Anlage 1 zum HVM für die praxisindividuellen Punktzahlvolumina an die in den Quartalen des Jahres 2002 nach Anwendung von Praxis- und Zusatzbudgets anerkannten Punktzahlen anknüpft, denn selbst außerhalb eines unmittelbar durch das Gesetz begrenzten Anstiegs der Gesamtvergütungen ist es sachgerecht und vom Gestaltungsspielraum der Beklagten bei der Honorarverteilung gedeckt, die Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festzuschreiben (BSG [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 24](#)). Wenn die KV dabei einen in sich geschlossenen Zeitraum von einem Jahr (hier 2002) wählt, der abrechnungstechnisch zu Beginn des Quartals 3/03, dem Inkrafttreten der hier streitigen Regelungen in Anlage 1 zum HVM, beendet war, ist dies von Rechts wegen nicht zu beanstanden. Auch das BSG hat im Übrigen eine Anknüpfung von Honorarverteilungsregelungen an das frühere Abrechnungsergebnis des einzelnen Arztes in der Vergangenheit ausdrücklich für zulässig erklärt (BSG [SozR 3 - 2500 § 85 Nrn. 27 und 28](#) sowie Breithaupt 2004, 819 und Urteil vom 10. Dezember 2003 - [B 6 KA 40/02 R](#) - und - [B 6 KA 7/03 R](#) -). Dieser vom BSG vertretenen Überlegung liegt die berechtigte Annahme zugrunde, dass der in der Vergangenheit erreichte Praxisumsatz bei typisierender Betrachtungsweise ein maßgebendes Indiz für den Umfang ist, auf den der Vertragsarzt seine vertragsärztliche Tätigkeit ausgerichtet hat. Die sachliche Rechtfertigung für solche Honorarkontingente ergibt sich aus dem Ziel, Anreize zur Mengenausweitung zu verringern, dadurch die Gesamthonorarsituation zu stabilisieren und die Einnahmen aus der vertragsärztlichen Tätigkeit kalkulierbar zu machen bzw. zu halten und somit die Versorgungsqualität zu steigern.

Zutreffend hat das SG darauf verwiesen, dass die Regelungen in Anlage 1 HVM, insbesondere Nr. 4.5.2 grundsätzlich geeignet sind, feste Punktwerte im Primär- und Ersatzkassen-Bereich zu garantieren und damit das Einkommen der Vertragsärzte berechenbar zu machen. Dies wird insbesondere auch dadurch nicht in Frage gestellt, dass zur Ermittlung der praxisindividuellen Fallpunktzahlenvolumina eine Variable in Form eines Arztgruppenfaktors zwischengeschaltet ist. Denn dieser Arztgruppenfaktor ist erforderlich, um feste Punktwerte zu garantieren, weil sich das Mengenwachstum innerhalb der einzelnen Fachgruppen von Quartal zu Quartal unterschiedlich entwickelt. Es erweist sich damit auch diese Regelung als insgesamt geeignet zur Stabilisierung des Punktwertes, sie verstößt auch nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

Insgesamt sind nämlich die Kassenärztlichen Vereinigungen befugt, kraft ihrer normativen Gestaltungsfreiheit im Rahmen der Honorarverteilung mengensteuernde Regelungen zu treffen, um ihrer Verantwortung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) gerecht zu werden.

Mit ihrer Härtefallregelung in Nr. 4.5.1 Abs. 6 der Anlage 1 zum HVM trägt die KV auch den mit jeder typisierenden und generalisierenden Regelung im Einzelfall möglicherweise verbundenen Härten ausreichend Rechnung. Mit dieser Regelung kann die (damalige) KV Nord-Württemberg bzw. die (jetzige) Beklagte Ausnahmesituationen wie Anträgen auf Härtefälle oder dynamischen Entwicklungen in einzelnen Praxen Rechnung tragen (vgl. insoweit BSG [SozR 3-2500 § 85 Nrn. 27 und 28](#)). Damit ist sichergestellt, dass hier die KV auf sämtliche atypischen Konstellationen angemessen reagieren konnte bzw. kann (hierzu s. BSG [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 31](#) sowie BSG Breithaupt 2004, 819 ff. und 2004 855 ff.). Weitere Ausnahmeregelungen brauchte die KV im HVM nicht zu schaffen, denn im Rahmen von Honorarbegrenzungsregelungen gibt es keinen Anspruch auf Berücksichtigung jedweder individueller Praxisstruktur (BSG [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 23](#)).

Die Regelung in der Anlage 1 zum HVM hat im Übrigen die KV, bezogen auf die Honorarabrechnungen der Kläger in den streitigen Quartalen mit Blick auf die Ermittlung der praxisindividuellen Fallpunktzahlen, insoweit auch zutreffend angewandt, dies wird auch von den Klägern nicht bestritten.

2. Zu den Einwänden der Kläger nunmehr im Einzelnen:

a. Soweit die Kläger beanstanden, Regelungen der Honorarverteilung müssten grundsätzlich gewährleisten, dass Ärzte bis zum Durchschnitt der Fachgruppe abrechnen könnten, trifft dies so nicht zu. Bereits das SG hat zutreffend auf die ständige BSG-Rechtsprechung (s. hierzu u. a. BSG [SozR 4 - 2500 § 85 Nr. 5](#) m. w. N.) verwiesen, wonach auch solche Honorarkontingente grundsätzlich für rechtmäßig erklärt wurden, die sich für den einzelnen Vertragsarzt nach den Abrechnungsergebnissen in vergangenen Zeiträumen bemessen. Denn der in der Vergangenheit erreichte Praxisumsatz ist bei typisierender Betrachtung ein maßgebliches Indiz für den Umfang, auf dem der Vertragsarzt seine vertragsärztliche Tätigkeit ausgerichtet hat. Die sachliche Rechtfertigung für solche Honorarkontingente ergibt sich aus dem Ziel, die

Anreize zur Ausweitung der Leistungsmenge zu verringern, dadurch die Gesamthonorarsituation zu stabilisieren und die Kalkulierbarkeit der Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit zu verbessern sowie die Versorgungsqualität zu steigern (s. BSG [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 28](#)). Das BSG hat auch wiederholt klargestellt, dass umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen, typischerweise insbesondere neu gegründete Praxen, die Möglichkeit haben müssen, durch Erhöhung der Zahl der von ihnen behandelten Patienten (also der Erhöhung der Fallzahl) den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen (BSG [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 28](#)). Denn die Güte eines Arztes im Wettbewerb mit seinen Kollegen schlägt sich regelmäßig in der Fallzahl nieder (s. Clemens in Medizinrecht 2000 S. 17/19), nicht aber in der Höhe der je Behandlungsfall abgerechneten Punkte. Dem Vertragsarzt muss deshalb nach der Rechtsprechung des BSG die Chance verbleiben, durch Qualität und Attraktivität seiner Behandlung oder auch durch eine bessere Organisation seiner Praxis neue Patienten für sich zu gewinnen und so in legitimer Weise seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern. Dies bedeutet aber nicht, dass Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz von jeder Begrenzung des Honorarzuwachses verschont werden müssten (BSG [SozR 4 - 2500 § 85 Nr. 4](#)). Und erst Recht ergibt sich hieraus - wie auch bereits vom SG ausgeführt - kein Anspruch auf eine Vergütung der Kläger in Höhe des Fachgruppendurchschnitts, denn ein Vertragsarzt hat keinen Anspruch auf ein Honorar in bestimmter Höhe, sondern gem. [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) nur auf eine angemessene Vergütung, d. h. einen Anspruch auf einen seiner Leistung entsprechenden Anteil an der (begrenzten) Gesamtvergütung (s. [BSGE 75, 187](#); [SozR 3 - 2500 § 72 Nr. 5](#); Urteil vom 3. März 1999 - [B 6 KA 6/98 R](#) - und vom 6. Januar 2000 - [B 6 KA 59/98 R](#) -). Dies ergibt sich bereits aus dem vom Gesetz vorgeschriebenen gesamtvertraglichen Vergütungssystem, in welchem die Krankenkassen nicht jede einzelne vertragsärztliche Leistung honorieren, sondern mit befreiender Wirkung ([§ 85 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) an die Kassenärztlichen Vereinigungen Gesamtvergütungen leisten.

In dem Zusammenhang ist hier nun konkret im Fall der Kläger zu berücksichtigen, dass diese in den Quartalen 3/02 und 3/03 mit 1.454 bzw. 1.212 Patienten jeweils eine überdurchschnittliche Fallzahl im Vergleich zur Fachgruppe (1.202 bzw. 1.167 Patienten) behandelt haben. Mit 1.050 bzw. 1.098 Behandlungsfällen in den Quartalen 4/02 bzw. 4/03 lagen die Kläger zwar unter den durchschnittlichen Behandlungszahlen ihrer Fachgruppe (1.129 bzw. 1.138 Patienten). Ihr in den streitigen Quartalen unterdurchschnittliches Gesamthonorar im Vergleich zur Fachgruppe resultierte jedoch in erster Linie aus einer weit unterdurchschnittlichen Punktzahlanforderung je Behandlungsfall (nämlich 1.189,9 bzw. 1.389,6 Punkte) im Vergleich zur Fachgruppe (1.496,3 bzw. 1.529,9 Punkte). Es ist jedoch nicht Aufgabe der damaligen KV Nord-Württemberg bzw. jetzt der Beklagten im Rahmen der Honorarverteilung dies auszugleichen, denn andernfalls erhielten die Kläger Vergütungen für Leistungen, die sie tatsächlich nicht erbracht haben. Um dies mit anderen Worten nochmals für die Kläger ganz deutlich zu sagen, auch nach der einschlägigen Rechtsprechung des BSG hat zwar grundsätzlich jede Arztpraxis, insbesondere Anfängerpraxen ein Recht dazu, hinsichtlich der Fallzahl die Chance zu haben auf den Durchschnitt ihrer Fachgruppe zu kommen, dies aber hatten die Kläger auch, sie waren auf dem Durchschnitt ihrer Fachgruppe. Es besteht aber kein Anspruch auch auf die Durchschnittseinnahmen der Fachgruppe auf jeden Fall angehoben zu werden. Wenn die Kläger wie oben gerade dargestellt pro Fall weniger Leistungen erbracht haben im Vergleich zur Fachgruppe bei im Vergleich in etwa gleicher Fallzahl haben sie folgerichtig auch nur einen Anspruch auf Honorar, das eben in diesem Fall unterhalb des Durchschnittshonorars der Fachgruppe liegt, denn sie haben in der Vergangenheit tatsächlich eben auch nicht Leistungen im Umfang der Fachgruppe erbracht.

b. Die Kläger haben ebenso wenig einen Anspruch auf Anhebung ihrer praxisindividuellen Fallpunktzahlen unter Berücksichtigung der Abrechnungsergebnisse ihres Praxisvorgängers bzw. des Fachgruppendurchschnitts, denn eine Rechtsgrundlage hierfür ist nicht gegeben. Zutreffend hat das SG bereits darauf verwiesen, dass soweit nach Nr. 4.5.4.1 erster Halbsatz bei Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit der angepasste Durchschnitt der Nettofallpunktzahlen der Arztgruppe ... gilt bzw. gemäß Nr. 4.5.4.2 bei Übernahme der Praxis auch die Nettofallpunktzahl übernommen wird, diese Bestimmungen nach der Systematik der Regelungen der Anlage 1 zum HVM der damaligen KV Nord-Württemberg nur Anwendung in den Fällen finden, in denen die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. die Praxisübernahme ab bzw. nach dem Quartal 3/03 erfolgte. Dies hat seinen Grund schlicht darin, dass vor diesem Zeitpunkt (1. Juli 2003) es nach den damaligen Honorarverteilungsregelungen der KV Nord-Württemberg noch keine praxisindividuellen Fallpunktzahlen gab (weder für die einzelne Arztpraxis noch für die einzelnen Fachgruppen). Da die Kläger ihre vertragsärztliche Tätigkeit aber bereits am 1. Januar 2002, also anderthalb Jahre vor dem 1. Juli 2003 aufgenommen haben, findet damit die Regelung auf sie keine Anwendung.

c. Soweit die Kläger hier im Berufungsverfahren nochmals geltend machen, die Anknüpfung der Honorarverteilungsregelung an das frühere Abrechnungsergebnis jedes einzelnen Arztes in der Vergangenheit sei zwar zulässig, das SG verkenne aber, dass hier überhaupt kein entsprechendes Abrechnungsergebnis der Kläger vorliege, allenfalls das ihres Vorgängers, greift dies nicht durch. Bereits das SG hat die Kläger darauf hingewiesen, dass die praxisindividuellen Fallpunktzahlen sich nicht aus den Abrechnungsergebnissen des Jahres 2000 errechneten, sondern vielmehr aus den Abrechnungsergebnissen der Quartale des Jahres 2002 (Nr. 4.5.1 Abs. 1 der Anlage 1 zum HVM der KV Nord-Württemberg). Das Kalenderjahr 2000 ist gemäß Nr. 3.7 der Anlage 1 zum HVM allein für die Berechnung des Sollumsatzes innerhalb der jeweiligen Fachgruppe unter Berücksichtigung der Umsätze und Betriebskostenanteile dieses Jahres und des Anteils der jeweiligen Arztgruppe an den Gesamtvergütungen maßgebend. Mit anderen Worten: Die den Kläger zugrunde gelegten individuellen Fallpunktzahlen beruhen auf ihren eigenen Abrechnungsergebnissen aus dem Jahre 2002. Es ist also sehr wohl an das eigene Abrechnungsergebnis der Kläger angeknüpft worden, das im übrigen hinsichtlich der Fallzahlen von Anfang an das Niveau der Vorgängerpraxis (siehe Leistungsübersichten der Vorgängerpraxis, Blatt 121 ff Senatsakte mit 1122 im Quartal 1/01, 1252 im Quartal 2/01, 1058 im Quartal 3/01 und 924 im Quartal 4/01) wie auch der Fachgruppe erreichte.

d. Des Weiteren hat die Beklagte in rechtmäßiger Weise gemäß Nr. 4.5.1. Abs. 4 Satz 3 der Anlage 1 zum HVM die die praxisindividuellen Punktzahlvolumina überschreitenden Punktzahlanforderungen der Kläger nicht vergütet. Die Rechtmäßigkeit dieser Regelung hängt nicht davon ab, dass für die Punktzahlen, die die Kläger über ihre Punktzahlvolumina hinaus abgerechnet haben, auch keine abgestaffelte Vergütung gewährt wird. Denn die praxisindividuellen Punktzahlvolumina haben für den Kernbereich der vertragsärztlichen Tätigkeit der Kläger nicht zur Folge, dass tatsächlich erbrachte ärztliche Leistungen nicht vergütet werden. Sie bewirken vielmehr lediglich, dass bei einer Überschreitung der Punktzahlobergrenzen die Höhe der Vergütung für die einzelne erbrachte Leistung sinkt (s. BSG [SozR 3 - 2500 § 87 Nr. 12](#), § 85 Nr. 23 sowie Breithaupt 2004, 819 ff.). Durch die praxisindividuellen Punktzahlvolumina werden lediglich nominell die Punktzahlen verringert, damit für die so verminderten Punktzahlen dann ein Punktwert von 4,8 Cent (Primärkassen) bzw. 4,6 Cent (Ersatzkassen) garantiert und ausgezahlt werden kann. Um dies für die Kläger nochmals ganz deutlich zu machen: Für das sich letztlich für die Kläger ergebende Honorarvolumen ist es ohne Belang, ob für ein nach oben begrenztes Punktvolumen im Gegenzug ein fester Punktwert garantiert wird oder andererseits bei einem nach oben offenen Punktvolumen dieses dafür dann mit einem fallenden Punktwert vergütet wird. Denn die Kläger müssen hier bedenken, dass sich an der zu verteilenden Gesamtvergütung vom Umfang her nichts ändert. Diese ist und bleibt begrenzt, sodass bei der von den Klägern angestrebten Vergütung aller von ihnen angeforderten Punkte zwangsläufig der garantierte

Punktwert nicht mehr gehalten werden könnte, sondern abgesenkt werden müsste, um bei gleich bleibender Vergütungssumme diese dann auf die zusätzlich angeforderten Punkte verteilen zu können. Im Hinblick auf die Höhe der Honorarsumme würde sich letztlich damit für die Kläger nichts ändern.

e. Zutreffend hat die damalige KV Nord-Württemberg schließlich auch das Vorliegen einer Ausnahmesituation im Sinne von Nr. 4.5.1 Abs. 6 der Anlage 1 zum HVM verneint. Wie bereits vom SG ausgeführt, liegt ein solcher in den hier streitigen Quartalen schon deshalb nicht vor, weil von den von den Klägern insgesamt abgerechneten Punkten jeweils nur 11,1 % unvergütet geblieben sind (zu der vergleichbaren Situation im Bereich der Zusatzbudgets s. BSG Urteil v. 2. April 2003 - [B 6 KA 38/02 R](#) -). Gemäß Nr. 4.5.1 Abs. 6 der Anlage 1 zum HVM entscheidet über Ausnahmen zu den Fallpunktzahlen wie Anträge auf Härtefälle und anzuerkennende dynamische Entwicklungen der Vorstand der KV Nord-Württemberg im Einzelfall. Für die Frage aber, ob ein solcher Härtefall vorliegt, ist nicht auf die bloße Anzahl der gestrichenen Punkte bzw. deren Verhältnis zur Anzahl der angeforderten Punkte abzustellen. Maßgeblich ist vielmehr das Gesamtbild der Honorarentwicklung des Vertragsarztes, insbesondere aber der Fallwert in Euro. Nach den von den Klägern unbestritten gebliebenen Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid lagen die Fallwerte mit 50,74 EUR im Quartal 3/03 und 60,63 EUR im Quartal 4/03 um 24,6 % bzw. 8,9 % über den Fallwerten in den jeweiligen Referenzquartalen 3/02 bzw. 4/02 (nämlich 40,71 EUR bzw. 55,56 EUR). Die Kläger haben daher durch die Änderung der Systematik der Honorarverteilung ab dem Quartal 3/03 bedingte Honorareinbußen nicht erlitten. Der Sinn und Zweck einer Härtefallregelung besteht darin, dass der Vertragsarzt bei gleich bleibendem Leistungserbringungsvolumen infolge der Festlegung praxisindividueller Punktzahlvolumina keinen wirtschaftlichen Nachteil erleiden soll. Eine Auslegung einer Härtefallregelung in dem von den Klägern gewünschten Sinne dahingehend, dass alle angeforderten Punkte zu vergüten seien, kann gerade nicht erfolgen. Denn auch weiterhin ist das Ziel der ab dem Quartal 3/03 geltenden Form der Honorarverteilung, nämlich ärztliche Leistung mit einem festen Punktwert zu vergüten, zu beachten. Deshalb ist es in Übereinstimmung mit dem SG einem Vertragsarzt, hier konkret den Klägern zuzumuten, dass angeforderte Punkte nicht vollständig vergütet werden. Nach dem auch schon in der Vergangenheit in ständiger Rechtsprechung des erkennenden Senats und des BSG ein Härtefall üblicherweise erst bei Umsatzeinbußen von mehr als 20 % angenommen worden ist, ist es in keiner Weise zu beanstanden, wenn nach der Entscheidung des Vorstandes der damaligen KV Nord-Württemberg ein Härtefall im Sinne dieser Regelung erst dann angenommen wird, wenn der Fallwert in Euro um mehr als 10 % gegenüber demjenigen des maßgeblichen Referenzquartals zurück geht. Dies ist bei den Klägern überhaupt nicht gegeben, im Gegenteil, um hier die Kläger nochmals ausdrücklich darauf hinzuweisen, ihr Fallwert in Euro ist sogar deutlich gegenüber den Referenzquartalen aus dem Jahr 2002 gestiegen. Soweit in dem Zusammenhang der Klägerbevollmächtigte geltend macht, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb nur in den Fällen, in denen der Fallwert in Euro mehr als 10 % gegenüber dem maßgeblichen Referenzquartal zurückgeht, ein Härtefall anzunehmen sei und dies nicht auch dann gelten solle, wenn die angeforderten Punkte in einem Umfang von mehr als 10 % nicht vergütet würden, kann dies nicht durchgreifen. Denn bei sogar steigendem Fallwert liegt gerade keine Honorareinbuße auf Grund der hier streitigen Regelungen vor. Wenn trotz höherem Fallwert das Honorar auf Grund (z. T. im Vergleich zu den Referenzquartalen) sinkender Fallzahlen zurückgeht, liegt dies allein in der Sphäre der Kläger, ist aber keine Auswirkung der Honorarbegrenzungsmaßnahmen, denn diese verpflichten die Kläger nicht ihre Fallzahlen zu senken. Soweit von Klägerseite ferner geltend gemacht wird, dass hier aufgrund dieser 11,1 %-igen Kürzung der abgerechneten Punkte die Kläger auch zukünftig auf dem von der Beklagten vorgenommenen "niedrigen Niveau eingefroren" würden und sich in dieser Systematik keine Möglichkeit ergebe, entsprechend der Qualität ihrer Arbeit zusätzliche Patienten zu behandeln und selbstverständlich auch abzurechnen, haben die Kläger offensichtlich nicht erkannt, dass nun gerade eine steigende Zahl von Patienten für eine Anfängerpraxis (dynamische Entwicklung) sehr wohl ein Härtefall sein kann, dies aber gerade bei ihnen nicht vorliegt (dazu noch im Folgenden unter f). Die Kläger sind im Endeffekt von ihren Fallzahlen zum Teil sogar über, zumindest aber auf dem Niveau ihrer Fachgruppe. Sie sind im Übrigen - im Rahmen natürlich der Fallzahlzuwachsbeschränkung - auch nicht gehindert weitere (zusätzlich) Patienten zu behandeln.

f. Schließlich liegt auch keine im Rahmen einer Ausnahmeregelung im Sinne von Nr. 4.5.1 Abs. 6 der Anlage 1 zum HVM anzuerkennende dynamische Entwicklung vor. Unter einer dynamischen Entwicklung ist eine überproportionale Steigerung der Fallzahl zu verstehen, die typischerweise bei Praxisneugründungen, beim Erwerb einer weiteren Qualifikation oder bei Anschaffung eines neuen Gerätes mit einem entsprechenden Anstieg der Behandlungszahlen auftritt. Eine solche dynamische Entwicklung hat im Fall der Kläger definitiv nicht stattgefunden, denn mit 1.212 Patienten im Quartal 3/03 bzw. 1.098 im Quartal 4/03 haben die Kläger sogar erheblich weniger Patienten als im Quartal 3/02 (1.454 Patienten) bzw. nur geringfügig mehr Patienten als im Quartal 4/02 (1.050 Patienten) behandelt. Eine kontinuierliche Zunahme der Anzahl der Behandlungsfälle ergibt sich hieraus gerade nicht. Daneben hat sich auch das Leistungsspektrum der Kläger in den hier streitigen Quartalen im Vergleich zu den jeweiligen Referenzquartalen des Vorjahres nicht signifikant geändert. Dies ergibt sich zum einen schon aus den Leistungsübersichten und zum anderen haben die Kläger dies letztlich auch selbst mittlerweile eingeräumt.

Aus all diesen Gründen ist daher die Berufung zurückzuweisen.

III.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a SGG](#) i. V. m. § 154 Abs. 2 VWGO.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-04-18