

S 12 KA 108/12

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 108/12

Datum

05.12.2012

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Leistungen nach Nr. 08345 (Zusatzpauschale Krebsbehandlung) und Nr. 33041 (Mamma-Sonographie) EBM sind für Gynäkologen fachgruppentypisch und begründen keine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen (Quartale I und II/10).

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Änderung des Regelleistungsvolumens sowie um die Höhe des Honorars für die beiden Quartale I und II/10.

Der Kläger ist als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe seit dem 01.07.2003 zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Er ist zugleich Belegarzt und betreibt ein zytologisches Einsendelabor.

Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 17.12.2009 und 18.03.2010 das Regelleistungsvolumen für die beiden streitbefangenen Quartale wie folgt fest:

Quartal RLV-relevante Fallzahl Fallwert Fallwertabstaffelung Altersstrukturquote Aufschlag fachgleiche BAG RLV

I/10 1.174 15,41 EUR 1,0000 1,0098 1 18.268,64 EUR

II/10 973 16,47 EUR 1,0000 1,0153 1 16.270,50 EUR

In den Quartalen I und II/09 und den streitbefangenen Quartalen setzte die Beklagte das Honorar des Klägers durch Honorarbescheid - gegen die Honorarbescheide in den streitbefangenen Quartalen legte der Kläger Widerspruch ein - wie folgt fest:

Quartal I/09 II/09 I/10 II/10

Honorarbescheid vom 20.07.2009 11.10.2009 29.06.2010 27.09.2010

Widerspruch eingelegt am 15.10.2010 29.11.2010

Nettohonorar gesamt in EUR 153.441,63 147.225,68 139.281,24 143.625,11

Bruttohonorar PK + EK in EUR 157.201,24 150.711,08 142.227,04 146.753,47

Fallzahl PK + EK 7.546 7.201 7.152 7.486

Honoraranteile PK + EK

Regelleistungsvolumen in EUR 17.542,71 15.060,24 17.647,68 15.695,60

Quotiertes Regelleistungsvolumen in EUR 2.294,78 1.313,75 1.369,58 407,77

Fallwertzuschläge zum Regelleistungsvolumen in EUR 0 0 0 0

Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (MGV) 37.687,79 37.643,98 35.451,75 35.287,55

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (AMG) 99.675,96 96.693,11 87.758,03 95.362,55

Regelleistungsvolumen

Obergrenze in EUR 18.185,36 15.605,40 18.268,64 16.270,50

Angefordert in EUR 30.444,83 26.709,97 24.130,30 20.037,23

Überschreitung in EUR 12.259,47 11.104,57 5.861,66 3.766,73

Fallzahl kurativ ambulant 2.471 2.123 1.923 2.025

Fallzahl stationär 66 64 58 41

Gegen den RLV-Zuweisungsbescheid für das Quartal I/10 legte der Kläger am 08.01.2010 Widerspruch ein. Gegen den RLV-Zuweisungsbescheid für das Quartal II/10 legte der Kläger am 08.04.2010 Widerspruch ein, den er mit Schriftsatz seiner Prozessbevollmächtigten vom 17.05.2010 begründete. Er beantragte eine Anpassung des Regelleistungsvolumens hinsichtlich des Fallwertes. Es werde nicht dargelegt, wie der Fallwert berechnet werde. Verschiedene Berechnungsfaktoren könnten dem Bescheid nicht entnommen werden. Seine Praxisbesonderheiten seien nicht berücksichtigt worden. Der Zuweisungsbescheid sei verspätet erfolgt. Das ausgewiesene Honorar müsse frei von Abzügen sein, was aber nicht zutreffe, da noch eine Minderung um den Anteil für die erweiterte Honorarverteilung erfolge. Seit dem Tod von Herrn Dr. C. im Jahr 2007 sei er einziger gynäkologisch-onkologisch verantwortlicher Arzt in A-Stadt. Der Anteil der onkologisch zu versorgenden Patienten steige seit Praxisaufnahme kontinuierlich. Im Quartal IV/03 habe er lediglich 67 Patientinnen onkologisch versorgt, bis zum Quartal I/08 sei die Zahl auf über 230 Patienten gestiegen. Im Quartal II/09 habe er 278 Onkologiepatientinnen behandelt. Damit liege der Anteil der onkologischen Patienten bei mehr als 26 % des gesamten Praxisumfangs, während die Gesamtfallzahl mit 1.075 Patienten nahezu konstant geblieben sei. Aus der Frequenzstatistik ergebe sich, dass ein Teil der Leistungen nur von ihm erbracht werde. Aus diesem Grund sei auch für die Quartale I bis IV/09 eine Anhebung des Fallwertes erfolgt. Bei den betreffenden Patienten werde eine ambulante Probeentnahme mittels einer Jet-Nadel-Punktion unter USD-Kontrolle durchgeführt. Neben dieser besonderen Behandlungsmethode führten nun die ambulante Chemotherapie, die Nachsorge, die psychoonkologische Beratung, die Rezidivprechstunden, die Rezidivbehandlungen, die Mammakarzinom-Sprechstunden sowie die "Onko-Hotline" bereits per se zu Abweichungen im Vergleich zu den "normalen Gynäkologen". Daneben liege der Schwerpunkt auf onkologischen Operationen, welche die Brustchirurgie, die Harninkontinenzchirurgie und die Minimal-Invasiv-Chirurgie einschlossen. Er sei der einzige Gynäkologe, der bestimmte onkologische Operationen durchführe. Damit liege unzweifelhaft ein besonderer Sicherstellungsauftrag vor. Den operativen Leistungen folgten Folgeleistungen im ambulanten Bereich. Hierbei handelt es sich um postoperative Wundversorgungen etc. Ziffer 02300 EBM. Im Quartal II/10 übersteige sein RLV-Fallwert den der Fachgruppe um 66,67 %. Die onkologisch veranlassten Leistungen machten im Quartal II/09 folgenden Wert aus:

02300 369,60 EUR

08320 920,26 EUR

08345 3.099,60 EUR

33041 3.549,04 EUR

33074 1.015,00 EUR

33075 306,50 EUR

Gesamt: 9.260,00 EUR

Der Fallwert dieser onkologischen Leistungen liege bei 9,52 EUR, der RLV-Fachgruppenwert bei 4,941 EUR.

Letztlich sei der festgesetzte Fallwert der Gynäkologen grundsätzlich viel zu niedrig. Für die Grundpauschale fielen bereits folgende Werte an:

Grundpauschale bis 5. Lebensjahr 11,20 EUR

Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr 14,70 EUR

Grundpauschale ab 60. Lebensjahr 16,63 EUR

Damit sei schon bei Ansatz der Grundpauschale der Fallwert nahezu vollständig aufgebraucht. In der Altersgruppe ab 60 Jahren übersteige die Grundpauschale sogar den Fallwert.

Entsprechend begründete er seinen Widerspruch gegen den RLV-Zuweisungsbescheid für das Quartal I/10 mit Schriftsatz seiner Prozessbevollmächtigten vom 05.05.2010.

Seinen Widerspruch bzgl. des Honorarbescheids für das Quartal I/10 richtete der Kläger auch gegen die Absetzung der Leistungen nach Nr. 86512 in 218 Fällen mit einem Wert von 5.996,62 EUR wegen fehlender Angabe der Therapieform und der Nr. 86516 EBM als Begleitleistung mit einem Wert von 5.528,16 EUR. Mit Schriftsatz seiner Prozessbevollmächtigten vom 14.12.2010 trug er vor, es handele sich um ein softwaremäßig vorgegebenes Versehen, da die Eingabe der Ziffer 86512 ohne Angabe des Therapieplans möglich sei. Ein Therapieplan habe jeweils vorgelegen und ergebe sich aus den Behandlungsunterlagen, die er jetzt nachreiche. Damit sei in 172 von 218 Fällen die Therapieform ordnungsgemäß angegeben. Im Übrigen wende er sich gegen die Überschreitung des Regelleistungsvolumens.

Der Kläger beantragte ferner mit Schreiben vom 01.01. und 08.04.2010 eine Sonderregelung im Rahmen der Zuweisung des Regelleistungsvolumens für die Quartale I und II/10 aufgrund von Praxisbesonderheiten.

Die Beklagte wies mit Bescheid vom 07.07.2011 den Antrag auf Änderung der Regelleistungsvolumina zurück. Zur Begründung führte sie aus, sie habe folgende praxisindividuelle Fallwerte sowie prozentuale Abweichungen zum Fachgruppen-Fallwert ermittelt:

Quartal RLV-Volumen RLV-Fallzahl Fallwert FG/ RLV-Gruppe = individueller Fallwert = Fallwertüberschreitung

1/2010 24.130,30 EUR 1.907 15,41 EUR 12,65 EUR - 17,89%

2/2010 20.037,23 EUR 2.000 16,47 EUR 10,02 EUR - 39,17%

Die praxisindividuellen Fallwerte überstiegen nicht den RLV-Fachgruppenfallwert, so dass die Voraussetzungen für eine Erhöhung nicht vorlägen. Ferner erläuterte sie im Einzelnen die Berechnung der Alterstrukturquote und die Aufteilung der Gesamtvergütung für die Bereiche der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung. Die Überprüfung der danach ermittelten Fallwerte habe keine Fehler erkennen lassen. Hinsichtlich der geltend gemachten Praxisbesonderheiten der ambulanten Operationen weise sie darauf hin, dass diese Leistungen (Kapitel 31 einschließlich Begleitleistungen bzw. Kapitel 36 EBM 2009) ab dem Quartal I/09 extra budgetär vergütet würden. Aus diesem Grund bestehe hinsichtlich der ambulanten Operationen kein Anspruch auf Änderung des praxisbezogenen RLV. Den Zuweisungsbescheid für das Quartal I/10 habe sie wegen der noch nicht abgeschlossenen Honorarverhandlungen bewusst erst später verschickt. Beide Zuweisungsbescheide seien aber noch vor Quartalsbeginn versandt worden.

Hiergegen legte der Kläger am 05.08.2011 Widerspruch ein. Er wies darauf hin, er sei onkologisch verantwortlicher Arzt und zur Abrechnung der Ziffern 86500 bis 86505 gemäß der Onkologie-Vereinbarung berechtigt. Unter weitgehender Wiederholung seiner bisherigen Ausführungen legte er nochmals dar, dass ein onkologischer Schwerpunkt und ambulantes Operieren bestehe. Hinsichtlich der Praxisbesonderheit übersteige er auch die 30-Prozent-Grenze für eine Sonderregelung. Die Beklagte habe bei der Berechnung der ersten Stufe falsche RLV-Fallzahlen zugrunde gelegt. Sie lege die kurativ-ambulant Fälle aus dem jeweiligen Quartal I bzw. II/10 zugrunde. Auszugehen sei aber von den Fallzahlen in den Referenzquartalen, also von 1.074 Fällen bzw. 973 Fällen. Für das Quartal I/10 ergebe sich ein individueller Fallwert von 20,55 EUR, der den Fachgruppenfallwert von 15,41 EUR um 33,35 % überschreite. Auch im Quartal II/10 liege der individuelle Fallwert über 30 %. Die speziellen onkologischen Leistungen im Bereich der Gynäkologie machten im Quartal I/09 folgendes Volumen aus:

02300 520,80 EUR
08320 585,62 EUR
08345 3.213,00 EUR
33041 3.663,00 EUR
33074 974,40 EUR
33075 294,24 EUR
Gesamt: 9.251,06 EUR

Dividiert durch die Fallzahl 1.174 Fälle ergebe sich ein Fallwert von 7,88 EUR, der ausschließlich auf die Praxisbesonderheiten zurückzuführen sei. Dieser Fallwert sei größer als 30 % des RLV-Fallwertes der Fachgruppe der Gynäkologen. Der Fallwert sei daher für den Kläger auf 23,29 EUR (15,41 EUR + 7,88 EUR) zu erhöhen.

Für das Quartal II/10 ergebe sich folgendes Volumen:

02300 369,60 EUR
08320 920,26 EUR
08345 3.099,60 EUR
33041 3.549,04 EUR
33074 1.015,00 EUR
33075 306,50 EUR
Gesamt: 9.260,00 EUR

Im Ergebnis sei der Fallwert um 9,52 EUR auf 25,99 EUR zu erhöhen.

Die Beklagte verband die Widerspruchsverfahren gegen den Bescheid bezüglich einer Sonderregelung sowie gegen die Honorarbescheide für die beiden streitbefangenen Quartale und wies mit Widerspruchsbescheid vom 25.01.2012 die Widersprüche als unbegründet zurück. Darin hielt sie die RLV-Fallwerte für zutreffend ermittelt. Hinsichtlich einer Sonderregelung war sie weiterhin der Auffassung, dass die Fallwerte des Klägers unterhalb der RLV-Fallwerte der Fachgruppe lägen. Zu Berechnung des praxisindividuellen Fallwerts sei nicht die RLV-Fallzahl heranzuziehen, die sich aus der jeweils aktuellen Zuweisung zum Regelleistungsvolumen des Prüfquartals ergebe, da diese sich auf das Vorjahresquartal beziehe. Das Regelleistungsvolumen je Arzt ergebe sich aus der Multiplikation seiner individuellen RLV-relevanten Fälle im Vorjahresquartal mit dem RLV-Fallwert seiner Fachgruppe. Der Prüfung der Praxisbesonderheit läge hingegen die RLV-Fallzahl des zu prüfenden Quartals (hier also Quartale I und II/10) zugrunde. Sie sei auch an die Vorgaben des Bewertungsausschusses gebunden. Die Honorarbescheide seien ebenfalls rechtmäßig. Die das Regelleistungsvolumen überschreitende Honoraranforderung werde noch mit einer abgestaffelten Quote vergütet. Ferner erläuterte sie den sog. Sicherstellungsindex 90 und den Ausgleichsindex maximus und den Wirtschaftlichkeitsbonus. Zu den Korrekturen in der Honorarabrechnung I/10 führte sie aus, der Kläger sei in den "Informationen über die wesentlichen Änderungen in der Abrechnung" darüber informiert worden, dass die Nr. 86512 in 211 Fällen abgesetzt worden sei, da die Leistung ohne Angabe der Therapieform nicht berechnungsfähig sei. Zudem sei die Nr. 86516 33 x abgesetzt worden, weil diese Leistung nur zusätzlich zur onkologischen Behandlung nach Nr. 86510 oder 86512 im Behandlungsfall berechnungsfähig sei. Im Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung seien die Kostenpauschalen aufgeführt, die für die Abrechnung und Vergütung der von der Vereinbarung erfassten Leistungen gelten sollten. Dabei sei für alle Leistungen gemäß Teil A Abs. 2 zunächst Voraussetzung, dass die Diagnosen der Tumorerkrankung unter Angabe des Großbuchstaben ICD-Codes zu dokumentieren seien. Die Nr. 86510 sei für die Behandlung florider Hämoblastosen entsprechend § 1 Abs. 2 d und e der Onkologie-Vereinbarung anzusetzen. Die Nr. 86512 beschreibe die Behandlung solider Tumore entsprechend § 1 Abs. 2 a-c unter tumorspezifischer Therapie gemäß der Onkologie-Vereinbarung. In der Leistungslegende sei ausdrücklich aufgeführt, dass die Kostenpauschale Nr. 86512 nur unter Angabe der Therapieform berechnungsfähig sei. Nr. 86516 stelle einen Zuschlag zu den Nr. 86510 und 86512 da, für die intravasale zytostatische Tumorthherapie gemäß der Onkologie-Vereinbarung. Diese Pauschale sei wiederum nur unter Angabe des verwendeten Medikaments berechnungsfähig. Die von dem Kläger gewünschten Änderungen kämen nicht in Betracht. Zum Quartal I/08 sei die Abrechnungsbearbeitung neu organisiert worden. Durch die Arztinfobriefe bestehe nunmehr die Möglichkeit, die Abrechnung innerhalb einer 10-Tages-Frist nachträglich zu korrigieren. Mit Vorstandsbeschluss vom 22.09.2008 seien ab dem Quartal II/08 alle sonst geltenden Regelungen zur Möglichkeit einer nachträglichen Korrektur der Abrechnung für hinfällig erklärt worden. Darüber hinaus könne die geltende Frist somit nur noch im Ausnahmefall verlängert und eine Korrektur der Abrechnungsunterlagen zugelassen werden. Ein solcher Ausnahmefallbestand sei schließlich nur dann gegeben, wenn der sich ergebende Korrekturbedarf nicht den Ärzten bzw. Psychotherapeuten angelastet werden könne. Der Kläger habe für das Quartal I/10 eine Rückmeldung nicht innerhalb der 10-Tages-Frist eingereicht. Der Arztinfobrief stamme vom 29.04.2010. Der Kläger habe erst am 20.05.2010 die Rückmeldung per Fax übersandt. Ungeachtet dessen sei zugunsten des Klägers eine Umwandlung der Nr. 86500 in die Nr. 86512 in allen 220 Fällen der Abrechnung vorgenommen worden. Bei einer automatischen Überprüfung sei die zugesetzte Nr. 86512 jedoch wieder gelöscht worden, weil das Textfeld zur Therapieform nicht ausgefüllt worden sei. Eine nachträgliche Korrektur in Form einer Zusendung der Therapieformstellnr. 86512 komme wegen Ablaufs der genannten Frist von 10 Tagen nicht in Betracht. Innerhalb der 6 Wochen-Frist habe der Kläger aber nicht die notwendigen Angaben zur Therapieform gemacht. Diesen Zusatz habe er erst mit Datum vom 14.12.2010 gemacht, also zu einem Zeitpunkt, als die 6-Wochen-Frist abgelaufen war. Soweit die Praxis-Software den Eintrag der Therapieform nicht erzwingt, ändere dies nichts an der Verantwortung des Klägers, diese nach der Onkologie-Vereinbarung erforderlichen Textzusätze manuell einzutragen. Im Übrigen hätte er innerhalb der genannten Fristen die Korrektur beantragen können. Bezüglich des Quartals II/10 habe er die

verbliebenen Absetzungen der Nr. 86500 in 4 Fällen und der Nr. 86512 in 2 Fällen ausweislich der Rückmeldung zum Infobrief akzeptiert.

Hiergegen hat der Kläger am 27.02.2012 die Klage erhoben. Er ist weiterhin der Auffassung, unter Berücksichtigung seines onkologischen Schwerpunktes müsse eine Anpassung des Regelleistungsvolumens vorgenommen werden. Ergänzend zu seinem Vorbringen im Verwaltungsverfahren trägt er vor, soweit die Beklagte aufgrund des "neuen Vorstandsbeschlusses" vom 14.02.2011 die Prüfung der 2-stufigen Voraussetzung anhand des angeforderten Honorarvolumens des entsprechenden Quartals, sprich I und II/10 und der Fallzahl aus diesem Quartal, vornehme, sei diese Vorgehensweise rechtswidrig. Dieser Vorstandsbeschluss sei wohl nur für die Quartale I/09 bis II/10 anzuwenden. Ab dem Quartal III/10 werde dann wieder auf das Referenzquartal abgestellt. Diese uneinheitliche Vorgehensweise verstoße gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz. Bei zeitnaher Bearbeitung wäre eine Bescheidung vor dem genannten Vorstellungsbeschluss erfolgt und hätte er eine Fallwerterhöhung bekommen. Die Prüfung müsse zwingend anhand der Daten des Referenzquartals erfolgen. Dies ergebe, wie er bereits im Verwaltungsverfahren dargelegt habe, Fallwerte von 23,29 EUR bzw. 25,99 EUR. Die Absetzungen der Ziffer 86512 mit einem Gesamtbetrag von 5.996,62 EUR und Ziffer 86516 von 5.861,66 EUR im Quartal I/10 seien rechtswidrig, da zunächst irrtümlich statt der Ziffer 86512 die Ziffer 86510 angesetzt worden sei. Dieser Irrtum habe auf der Umstellung der Onkologie-Vereinbarung beruht. Bei der Korrektur nach Erhalt des Infobriefes habe er die Therapieform nicht angegeben. Allerdings sei im Infobrief nicht darauf hingewiesen worden, dass er die Therapieform beifügen müsse. Für die nachträgliche Angabe liege ein "begründeter Ausnahmefall" nach der Abrechnungsrichtlinie vor. Tatsächlich habe in den nach Ziffer 86512 abgerechneten Fällen ein Therapieplan vorgelegen und die Therapieform ergebe sich aus den Behandlungsunterlagen. Mit der Widerspruchsbegründung vom 14.12.2010 habe er die Therapieform nachgereicht, nachdem er habe feststellen müssen, dass dennoch eine Absetzung erfolgt sei. Er habe damit in mindestens 172 von 218 Fällen die Therapieform ordnungsgemäß angegeben. Es handle sich hier lediglich um einen formalen Verstoß, der nicht zu einem endgültigen Honorierungsausschluss führen könne. Die Absetzung der Leistungen nach Ziffer 86516 stehe damit im unmittelbaren Zusammenhang, da diese Ziffer zusätzlich zur onkologischen Behandlung nach Ziffer 86510 bzw. 86512 im Behandlungsfall berechnungsfähig sei. Der Kläger führt mit Schriftsatz seiner Prozessbevollmächtigten vom 02.07.2012 weiter aus, das Abstellen auf die Antragsquartale bei Prüfung einer Sonderregelung zu den Regelleistungsvolumina bedeute eine echte Rückwirkung. Soweit die Beklagte der Auffassung sei, dass die Ziffer 02300, 08320, 08345, 33041, 33074 und 33075 als sog. Kann-Leistungen anzusehen seien, mit denen eine Praxisbesonderheit nicht begründet werden könne, so setze sich die Beklagte in Widerspruch zur Gewährung einer Sonderregelung für die Vorquartale I bis IV/09. Soweit es sich um fachgruppentypische Leistungen handele, erlaube dies nicht zwangsläufig den Rückschluss, dass damit eine Praxisbesonderheit nicht vorliege. Insofern verweise sie auf SG Marburg vom 23.11.2011 - [S 11 KA 414/10](#) -. Seine Spezialisierung auf den Bereich der gynäkologischen Onkologie zeigten auch seine zahlreichen Weiterbildungen und eigenen Vorträge sowie seine Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung. Eine Erhöhung des Regelleistungsvolumens müsse auch aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erfolgen, da er der einzig onkologisch verantwortliche Arzt in seinem Gebiet sei. Im Übrigen greife die Härtefallregelung, weil das ihm zuerkannte Regelleistungsvolumen seine besondere vom Durchschnitt der Arztgruppe deutlich abweichende Praxisstruktur nicht berücksichtige (vgl. BSG, Urt. v. 22.06.2005 - [B 6 KA 80/03 R](#) -, juris Rdnr. 42 zu einer auf ambulante Operationen spezialisierten Augenarztpraxis). Die Beklagte habe auch mit Bescheid vom 28.10.2009 für die Quartale I bis IV/09 eine Sonderregelung anerkannt.

Der Kläger beantragt,

den Antragsbescheid vom 07.07.2011 betreffend die Änderung des Regelleistungsvolumens für die Quartale I/10 und II/10 sowie die Honorarbescheide für die Quartale I/10 und II/10, alle in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.01.2012, aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gericht neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf Ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, die Partner der Gesamtverträge räumten ihrem Vorständen in Ziffer 3.5 die Kompetenz ein, Sonderregelungen insbesondere für Praxisbesonderheiten im Rahmen des RLV zu beschließen. Aufgrund dieser Kompetenz habe der Vorstand für die hier streitgegenständlichen Quartale beschlossen, dass die Praxisbesonderheit anhand der Daten aus der Frequenzstatistik des entsprechenden Antragsquartals ermittelt werde. Hierbei seien die einzelnen EBM-Leistungen bzw. dazugehörige Begleitleistungen, ohne Grundpauschale, zu berücksichtigen. Das Gesamtvolumen der EBM-Werte sei dann durch die Fallzahl zu dividieren. Sei der sich hieraus ergebende Wert kleiner als 30 % des RLV-Fallwertes müsse der Antrag abgelehnt werden. Auch bei Zugrundelegung der Daten aus dem Vorjahresquartal hätte keine Praxisbesonderheit zugesprochen werden können. Die vom Kläger vorgenommene Berechnung sei unzutreffend, da er in seiner Berechnung auch Kernleistungen der Fachgruppe mit einbeziehe, welche keine Praxisbesonderheit begründen könnten. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten in Vorquartalen könne grundsätzlich keinen Anspruch auf einen Anspruch auf die Gewährung einer Praxisbesonderheit im aktuellen Quartal begründen. Es handle sich auch nicht durchweg um RLV-Leistungen, die der Kläger geltend mache. Es könnten aber nur RLV-Leistungen berücksichtigt werden. Eine nachträglich (nach Ablauf der Korrekturfrist von 6 Wochen) erfolgte Angabe der Therapieform führe nicht zu einer Rechtswidrigkeit der Absetzungen aufgrund ursprünglich fehlender Angabe der Therapieform. Die Absetzung der Ziffer 86512 sei daher rechtmäßig. Bei dem Beschluss des Vorstandes handle es sich nicht um eine Rückwirkung, da es sich überhaupt nur um eine interne Regelung ohne Außenwirkung handele. Bei der von dem Kläger angeführten Entscheidung des SG Marburg handele es sich um eine Einzelfallentscheidung. Dem Kläger obliege kein Sicherstellungsauftrag. Die Leistungen, die er laut seinen eigenen Angaben häufig erbringe, könnten nach der bestehenden Genehmigungslage alleine in A-Stadt von vielen anderen Ärzten ebenfalls erbracht werden. Die Erbringung von fachgruppentypischen Leistungen könne keinen Härtefall begründen. Die vom Kläger angeführte Entscheidung des BSG betreffe das Quartal IV/97 mit völlig anderen Honorarverteilungsregelungen. In jüngerer Zeit habe das BSG ([B 6 KA 20/10 R](#)) entschieden, dass ein Härtefall nur noch in seltenen Ausnahmefall in Betracht komme, und zwar, wenn trotz der Mechanismen im HV durch Umstände, die der Vertragsarzt nicht zu vertreten habe, ein unabwiesbarer Stützungsbedarf entstehe. Hierfür fordere das BSG die Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der Praxis. Ansonsten könnten allein allenfalls doch gravierende Verwerfungen der regionalen Versorgungsstruktur zur Anerkennung einer Härte führen. Ein "begründeter Ausnahmefall" für eine nachträgliche Honorarkorrektur liege nicht vor. Die von dem Kläger aufgeführten Absetzungen in Höhe von insgesamt 7.653,82 EUR machten lediglich ca. 5 % von dem Nettohonorar des Klägers im Quartal I/10 in Höhe von 139.281,24 EUR aus. Von einer Unverhältnismäßigkeit könne somit nicht ansatzweise gesprochen werden.

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

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten 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 aber unbegründet. Der angefochtene Antragsbescheid vom 07.07.2011 betreffend die Änderung des Regelleistungsvolumens für die Quartale I/10 und II/10 sowie die Honorarbescheide für die Quartale I/10 und II/10, alle in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.01.2012, sind rechtmäßig. Sie waren daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, ihn über seine Widersprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der angefochtene Antragsbescheid vom 07.07.2011 betreffend die Änderung des Regelleistungsvolumens für die Quartale I/10 und II/10 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.01.2012 ist rechtmäßig.

Nach § 87b Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch, 5. Buch, Gesetzliche Krankenversicherung i.d.F. des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) mit Geltung ab 01.04.2007, [BGBl. I S. 378](#) (im Folgenden: SGB V) werden abweichend von § 85 die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 vergütet.

Nach [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) sind zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen (Satz 1). Ein Regelleistungsvolumen nach Satz 1 ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist (Satz 2). Abweichend von Absatz 1 Satz 1 ist die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden (Satz 3). Bei der Bestimmung des Zeitraums, für den ein Regelleistungsvolumen festgelegt wird, ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist (Satz 4). Nach [§ 87b Abs. 3 SGB V](#) sind die Werte für die Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen; bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach § 87 Abs. 2a zugrunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen (Satz 1). Bei der Bestimmung des Regelleistungsvolumens nach Absatz 2 sind darüber hinaus insbesondere

1. die Summe der für einen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen,
2. zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a,
3. zu erwartende Zahlungen für die nach Absatz 2 Satz 3 abgestaffelt zu vergütenden und für die nach Absatz 2 Satz 6 und 7 außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergütenden Leistungsmengen,
4. Zahl und Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Ärzte zu berücksichtigen (Satz 2). Soweit dazu Veranlassung besteht, sind auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen (Satz 3). Die Morbidität nach Satz 1 ist mit Hilfe der Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen (Satz 6). Als Tätigkeitsumfang nach Satz 2 gilt der Umfang des Versorgungsauftrags, mit dem die der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Vertragsärzte zur Versorgung zugelassen sind, und der Umfang des Versorgungsauftrags, der für die angestellten Ärzte der jeweiligen Arztgruppe vom Zulassungsausschuss genehmigt worden ist (Satz 6). Fehlschätzungen bei der Bestimmung des voraussichtlichen Umfangs der Leistungsmengen nach Satz 2 Nr. 3 sind zu berichtigen; die Vergütungsvereinbarungen nach § 87a Abs. 3 bleiben unberührt (Satz 7).

Nach [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) bestimmt der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten (Satz 1). Er bestimmt darüber hinaus ebenfalls erstmalig bis zum 31. August 2008 Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3, 6 und 7 sowie Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach Absatz 3 Satz 5 (Satz 2). Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen stellen gemeinsam erstmalig bis zum 15. November 2008 und danach jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses nach den Sätzen 1 und 2 unter Verwendung der erforderlichen regionalen Daten die für die Zuweisung der Regelleistungsvolumina nach Absatz 5 konkret anzuwendende Berechnungsformel fest (Satz 3). Nach [§ 87b Abs. 5 SGB V](#) obliegt die Zuweisung der Regelleistungsvolumina an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, sowie der jeweils geltenden regionalen Preise der Kassenärztlichen Vereinigung; die Zuweisung erfolgt erstmals zum 30. November 2008 und in der Folge jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des Regelleistungsvolumens (Satz 1). § 85 Abs. 4 Satz 9 gilt (Satz 2).

Ausgehend von diesen gesetzlichen Vorgaben hat der Erweiterte Bewertungsausschuss bzw. Bewertungsausschuss entsprechende Vorgaben gemacht, die die beklagte Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Verbände der Primärkassen sowie die Ersatzkassen in dem Honorarvertrag vom 21.12. ...2009 für die Zeit ab 01.01.2010 umgesetzt haben (veröffentlicht in info.doc Nr. 1, März 2010, Bekanntmachungen, S. 26 ff.; im Folgenden: HVV 2010).

Nach Abschnitt II. Nr. 3.4 Abs. 2 HVV 2010 kann bei der Ermittlung der Regelleistungsvolumen je Arzt auf Beschluss des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in begründeten Ausnahmefällen (Urlaub, Krankheit etc.) anstelle des entsprechenden Vergleichs quartals des Vorjahres ein anderes Quartal als Referenzquartal zugrunde gelegt werden. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen kann außerdem im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstaffelung in Ausnahmefällen und auf Antrag ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen Sonderregelungen beschließen. Dies gilt insbesondere für Praxisbesonderheiten, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % vorliegt. Bei der Festsetzung der Praxisbesonderheiten ist die Verrechnung mit

Unterschreitungen des durchschnittlichen Fallwertes einer Arztgruppe bei anderen Ärzten derselben Praxis möglich.

Soweit Nr. 3.4 HVV den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Einzelfall zur Entscheidung über eine Ausnahmeregelung ermächtigt, ist dies nicht zu beanstanden (vgl. bereits für den HVV 2009 SG Marburg, Urt. v. 16.11.2011 - [S 12 KA 614/10](#) - juris Rdnr. 37, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 73/11](#) -). Der Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung kann zu konkretisierenden Regelungen und Einzelfallentscheidungen, insbesondere zur Beurteilung der Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen, ermächtigt werden (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - juris Rdnr. 18; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - juris Rdnr. 14, jeweils m.w.N.).

Die Beklagte hat hierzu ferner durch Beschluss des Vorstands vom 19.01.2009 Prüfkriterien entwickelt, die Grundlage der Prüfung in den streitgegenständlichen Bescheiden war und in ihnen im Einzelnen dargestellt sind. Diese Prüfkriterien hat sie mit Beschluss des Vorstandes vom 14.02.2011 dahingehend geändert, dass für die Quartale I/09 bis II/10 die Ermittlung des praxisindividuellen Fallwertes nicht im entsprechenden Bezugsquartal des Jahres 2008 erfolgt, sondern im aktuellen Quartal. Grundsätzlich hält die Kammer den Vorstand für berechtigt, norminterpretierende und ermessenslenkende Verwaltungsvorschriften zu erlassen. Soweit bei der Frage der Wahl des Aufsatzquartals ein Gestaltungsspielraum besteht, kommt diese Kompetenz dem Bewertungsausschuss zu, der sie im Rahmen seiner Delegationsbefugnis dann möglicherweise an die Vertragsparteien des HVV delegieren kann. Dem Vorstand selbst kommt eine solche Kompetenz nicht zu. Die für die Honorarverteilung wesentlichen Grundsätze müssen im HVV selbst geregelt werden und dürfen nicht dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung im Wege von Einzelfallentscheidungen überlassen bleiben. Andernfalls würde es zu einer dem Gesetz widersprechenden Kompetenzverlagerung zum Vorstand sowie zum Unterlaufen der Einbeziehung der Krankenkassen in die Honorarverteilung kommen. Dies gilt erst recht seit der ab dem Jahre 2004 vorgeschriebenen vertraglichen Vereinbarung des HVV zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen (vgl. BSG, Urt. v. 03.02.2010 - [B 6 KA 1/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 50 = [MedR 2010, 809](#) = USK 2010-53, juris Rdnr. 26 f.). Die Bezugnahme auf das aktuelle Quartal ist daher nur dann rechtmäßig, wenn sie bereits in der Vorgabe des Bewertungsausschusses bzw. des HVV enthalten ist. Hierfür spricht der Umstand, dass die Praxisbesonderheit im jeweils aktuellen Quartal vorliegen muss. Ziff. 3.6 Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008 unter Teil F gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V (DÄBl. 2008 (Heft 38), A-1988, zitiert nach [www.kbv.de/8157.html](#), im Folgenden: EB7F) enthält insoweit keine anderslautende Regelung (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 16.11.2011 - [S 12 KA 614/10](#) - a.a.O. Rdnr. 37). Diese Frage kann hier letztlich dahinstehen, da der Kläger in jedem Fall nicht die Anforderungen für eine Sonderregelung erfüllt. Von daher kann auch dahinstehen, ob die Beklagte ab dem Quartal III/10 wieder auf das Referenzquartal abstellt. Ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz kann daraus auch deshalb nicht resultieren, weil es sich um ein anderes Abrechnungsquartal handelt.

Nicht zu beanstanden ist aber die Vorgehensweise der Beklagten, in einem ersten Schritt zu prüfen, ob die arztindividuellen Fallwerte den RLV-Fallwert um 30% überschreiten. Hierbei handelt es sich um ein bloßes Aufgreifkriterium, da Praxisbesonderheiten unterhalb der 30 %-Grenze nicht zwingend zu einer Erhöhung der Fallwerte führen müssen und Praxisbesonderheiten unterhalb der 30 %-Grenze nur in besonderen Ausnahmefällen, bei Hinzutreten weiterer Umstände, die vorliegend nicht ersichtlich sind, die Beklagte zu einer weitergehenden Einzelfallprüfung verpflichten können. Nach Nr. 4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 10. Sitzung am 27. Februar 2009 zur Änderung des Beschlusses Teil A vom 15. Januar 2009, Teil A "Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkungen der Umsetzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, insbesondere Teil F, Beschluss zur Berechnung und zur Anpassung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V" (DÄBl. 2009 (Heft 12), A-574, im Folgenden: EB10A) können die Partner der Gesamtverträge aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung eine von der 30 %-Grenze abweichende Regelung treffen. Soweit es sich um Einzelfallentscheidungen handelt, kann dies dem Vorstand überlassen werden. Insofern beschränkt Nr. 3.4 Satz 5 HVV auch die Befugnis des Vorstands nicht auf die 30 %-Grenze. Eine weitergehende Ermessensausübung kann aber nur verlangt werden, wenn besondere Gründe der Sicherstellung vorliegen. Nicht jede Abweichung vom Regelfallwert oder Anerkennung einer Praxisbesonderheit muss zu einer Sonderregelung führen.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts genügt es zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die Überschreitung des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens muss darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht werden. Dabei wird es sich typischerweise um arztgruppenübergreifend erbrachte spezielle Leistungen handeln, die eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern. Deutliches Indiz für einen solchen speziellen Leistungsbereich ist die entsprechende Ausweisung dieser Leistungen im EBM. Mit dem Regelleistungsvolumen soll nicht ein eingeschränktes, sondern ein umfassendes Leistungsprofil abgebildet werden. Es würde dem Konzept des Regelleistungsvolumens mit seiner Anknüpfung an fachgruppenbezogene Durchschnittswerte, die alle fachgruppentypischen Leistungen abbilden, widersprechen, wenn ein Teil der Fachgruppe ausschließlich die niedriger bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet, während ein anderer Teil ausschließlich die hoch bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet und dafür eine individuelle Erhöhung des Regelleistungsvolumens erhalten würde (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - juris Rdnr. 21 f.; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - a.a.O. Rdnr. 17 f., jeweils m.w.N.). Diese zu den Praxisbudgets und den in den Quartalen II/05 bis IV/08 geltenden Regelleistungsvolumina entwickelte Rechtsprechung ist auch auf das ab dem Quartal I/09 geltende Regelwerk anzuwenden (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - a.a.O. Rdnr. 31; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - a.a.O. Rdnr. 22).

Die Beklagte hat im Einzelnen dargelegt, dass das Umsatzvolumen der von dem Kläger genannten Leistungen für eine Sonderregelung nicht ausreicht. Entgegen der Auffassung des Klägers geht die Beklagte dabei zutreffend davon aus, dass die Leistungen nach Nr. 08345 und Nr. 33041 EBM hinsichtlich einer Sonderregelung nicht berücksichtigt werden können, da es sich um eine fachgruppentypische Leistung handelt. Sie wird im Quartal I/10 von 372 der 541 Praxen und im Quartal II/10 von 375 der 536 Praxen der Fachgruppe erbracht. Die Nr. 08345 wird im Quartal I/10 von 497 der 541 Praxen und im Quartal II/10 von 491 der 536 Praxen der Fachgruppe erbracht. Entsprechendes gilt für die Quartale I und II/09, weshalb es unerheblich ist, auf welches Quartal abzustellen ist. Damit handelt es sich bei beiden Leistungen um fachgruppentypische Leistungen. Im Einzelnen ergibt sich für die geltend gemachten Leistungen folgendes Abrechnungsbild:

Quartal I/09 Anzahl Praxen/Ärzte: 541/704,22 II/09 Anzahl Praxen/Ärzte: 549/711,75

Kläger absolut/auf 100 Behandlungsfälle Anzahl Abrechnerpraxen Kläger absolut/auf 100 Behandlungsfälle Anzahl Abrechnerpraxen Ziffer

02300 93/4 239 66/3 241

08320 14/1 44 22/1 38
08345 170/7 511 164/8 502
33041 225/9 367 218/10 370
33074 48/2 45 50/2 48
33075 48/2 32 50/2 34

Quartal I/10 Anzahl Praxen/Ärzte: 541/704,22 II/10 Anzahl Praxen/Ärzte: 536/700,5

Kläger absolut/auf 100 Behandlungsfälle Anzahl Abrechnerpraxen Kläger absolut/auf 100 Behandlungsfälle Anzahl Abrechnerpraxen
Ziffer

02300 48/2 219 53/3 225
08320 16/1 43 14/1 45
08345 80/4 497 11/1 491
33041 219/11 372 183/9 375
33074 34/2 56 22/1 54
33075 34/2 40 22/1 42

Nicht jede Erbringung einzelner Leistungen, die von der Fachgruppe nicht oder kaum abgerechnet wird, rechtfertigt die Gewährung einer Sonderregelung. Auch zeigt die Abrechnungshäufigkeit unabhängig von der Fachgruppentypik gerade keine signifikante Schwerpunktsetzung. Gegen eine deutliche Schwerpunktsetzung spricht auch der Umfang der Gesamtabrechnung mit ca. 2.000 ambulant-kurativen Behandlungsfällen neben den weiteren Tätigkeiten des Klägers.

Nicht zu beanstanden war von der Kammer auch die sachlich-rechnerische Berichtigung der Abrechnung für das Quartal I/10, soweit sie von dem Kläger angefochten wird. Die Beklagte hat zu Recht die Absetzungen der Ziffer 86512 und Ziffer 86516 vorgenommen. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf die zutreffende Begründung im angefochtenen Widerspruchsbescheid verwiesen ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)).

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass es eines gesonderten Hinweises auf Ergänzung auf die Therapieform nicht bedurfte, da bereits aus der Leistungslegende folgt, dass diese anzugeben ist. Insofern oblag es dem Kläger, innerhalb der Korrekturfrist alle erforderlichen Angaben zu machen. Er hat selbst eingeräumt, dass der ursprüngliche Fehler, nämlich die Nr. 86500 einzugeben, auf einem Eingabefehler beruht. Von daher kommt auch keine Ausnahmeregelung in Betracht. Unverhältnismäßigkeit liegt angesichts der Honorarumsätze des Klägers nicht vor.

Die angefochtenen Honorarbescheide sind ebf. rechtmäßig. Streitig war hier nur noch die Frage eines höheren Regelleistungsvolumens, worauf, wie soeben ausgeführt, kein Anspruch besteht.

Im Ergebnis war die Klage daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2013-06-18