

## S 12 KA 546/14

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 546/14

Datum

05.04.2017

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 14/17

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in den Quartalen II/05 bis I/07 bzgl. der Fachgruppe der Fachärzte für Neurologie ist nach den Neubescheidungen aufgrund der sozialgerichtlichen Rechtsprechung nicht zu beanstanden.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die acht Quartale II/05 bis I/07.

Der Kläger ist seit 01.01.2005 als Facharzt für Neurologie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

Die Beklagte setzte das Honorar für die streitbefangenen Quartale durch Honorarbescheid fest, gegen die der Kläger jeweils Widerspruch einlegte. Aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nahm die Beklagte eine Neubescheidung in allen Quartalen vor. Die Daten der Honorarabrechnung aufgrund der Neubescheidung und der Widerspruchseinlegung ergeben sich aus nachfolgender Übersicht:

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

Honorarbescheid v. 06.06.2012 16.04.2013 05.10.2012 11.12.2012

Differenzbetrag brutto in EUR -6.909,53 511,90 5.313,82 5.194,21

Widerspruch eingelegt am 20.02.2006 16.10.2006 05.02.2007 14.03.2007

Bruttohonorar insgesamt in EUR (vor Abzug Verw.kosten) 23.103,02 25.154,61 35.368,60 32.037,63

Honoraranforderung 50.183,63 43.918,75 45.095,25 46.130,98

Bruttohonorar PK + EK in EUR 22.545,71 24.812,43 34.725,67 31.601,31

Fallzahl 584 585 689 966

Punktwert in Ct. LB 4.0 PK/EK 1,703/1,995 1,816/2,080 2,266/2,449 1,530/1,894

Fallzahlabhängige Quotierung nach Ziff. 5.2.1 HVV - - -

Regelleistungsvolumen nach Ziff.6.3 HVM

Fallzahl 579 584 688 965

Fallwert 1.279,6 1.278,9 1.276,3 1.274,9

Regelleistungsvolumen 740.888,4 746.877,6 878.084,4 1.230.278,5

Abgerechnetes Honorarvolumen 896.301,0 774.890,0 787.800,0 807.445,0

Überschreitung 155.412,6 28.012,4 0 0

Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV

Fallzahl Referenz-Quartal 559 544 788 576

Aktueller Fallzahl 584 585 689 966

Referenz-Fallwert in EUR 53,6621 55,2012 59,3471 46,0454

Aktueller Fallwert in EUR 28,9545 29,4085 31,1275 17,0321

Differenzbetrag in EUR 9,5190 12,4966 16,4470 15,3413  
Auffüll-/Kürzungsbetrag in EUR 5.321,14 7.310,51 12.960,21 14.819,67

Quartal II/06 III/06 IV/06 I/07  
Honorarbescheid v. 21.06.2013 19.07.2013 17.09.2013 03.12.2013  
Differenzbetrag brutto in EUR 527,98 6.473,15 15.517,48 6.103,27  
Widerspruch eingelegt am 03.04.2007 09.05.2007 19.06.2007 30.04.2008  
Bruttohonorar insgesamt in EUR (vor Abzug Verw.kosten) 38.010,77 46.162,97 59.807,85 37.301,12  
Honoraranforderung 56.671,14 70.152,19 79.324,53 72.283,99  
Bruttohonorar PK + EK in EUR 37.537,93 45.044,16 59.221,71 36.822,79  
Fallzahl 1.080 1.219 1.393 1.333  
Punktwert in Ct. LB 4.0 PK/EK 2,316/2,717 2,195/2,592 2,236/2,609 1,754/2,185

Fallzahlabhängige Quotierung nach Ziff. 5.2.1 HVV - - - -

Regelleistungsvolumen nach Ziff.6.3 HVM  
Fallzahl 1.080 1.215 1.393 1.332  
Fallwert 1.281,2 1.282,8 1.277,2 1.281,1  
Regelleistungsvolumen 1.383.696,0 1.558.602,0 1.779.139,6 1.706.425,2  
Abgerechnetes Honorarvolumen 1.011.420,0 1.230.829,0 1.410.370,0 1.306.150,0  
Überschreitung 0 0 0 0

Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV  
Fallzahl Referenz-Quartal 584 585 689 966  
Aktueller Fallzahl 1.080 1.215 1.393 1.333  
Referenz-Fallwert in EUR 38,4735 41,9051 49,9376 32,3734  
Aktueller Fallwert in EUR 25,7691 27,0772 27,1354 21,1014  
Differenzbetrag in EUR 8,5876 9,3079 15,0545 6,2871  
Auffüll-/Kürzungsbetrag in EUR 9.274,58 11.309,10 20.970,90 8.380,73

Einen Antrag vom 30.05.2007 auf Anwendung einer individuellen Härtefallregelung ab dem Quartal II/05 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 25.06.2007 ab. Zur Begründung führte sie aus, die klägerische Praxis werde bis zum Quartal IV/07 als "Junge Praxis" eingestuft, weshalb eine fallzahlabhängige Quotierung nicht zum Tragen komme. Eine Sonderregelung für die Berechnung des Regelleistungsvolumens komme nicht in Betracht, da eine ausreichende Versorgung im Planungsbereich des Klägers sichergestellt sei. Für die Berechnung der Ausgleichsregelung werde ein Vergleich mit den Daten der Vorgängerpraxis für das Jahr 2005 vorgenommen, ab dem Quartal I/06 würden dann die Daten des Klägers zugrunde gelegt werden. Die ausgewiesenen Auffüllbeträge seien nicht zu beanstanden. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 09.04.2008 als unzulässig zurück, da der Widerspruch vom 25.07.2007 erst am 10.08.2007 eingegangen und damit verfristet sei. Einen Antrag auf Zuerkennung einer Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens für die Quartale II/05 bis IV/06 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 07.02.2007 ab. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 14.05.2008 als unbegründet zurück.

Zur Begründung seines Widerspruchs gegen den Honorarbescheid für das Quartal II/05 trug der Kläger vor, die Berechnung des Leistungskatalogs des EBM 2005 für Neurologie sei nicht korrekt und spiegele nicht die Kosten und das Honorar wieder. Das Regelleistungsvolumen werde für Neurologen zu niedrig festgesetzt. Für das Quartal III/05 trug er mit Schreiben vom 22.11.2006 vor, im Vergleich zum Vorquartal sei es zu einem Fallwertverlust von über 10 EUR gekommen. Es werde weniger als der feste Punktwert von 4 Cent für das Regelleistungsvolumen geleistet. Es drohe für seine Praxis die Insolvenz. Für die Folge quartale trug der Kläger vor, die Abrechnung entspreche nicht den Grundsätzen einer leistungsgerechten Vergütung. Die 5 %-Klausel werde nicht umgesetzt. Der Mindestpunktwert für Leistungen im Regelleistungsvolumen werde nicht eingehalten. Der Vorabzug der DMP sei nicht zulässig, ebenso der Laborpauschale. Die Klausel zur Einzelprüfung bei mehr als 15 % Honorarverlust zum Vergleichs Quartal vor Einführung des EBM 2005 werde nicht berücksichtigt.

Der Kläger beantragte für die Quartale II/05 bis III/06 unter Datum vom 29.05.2007 die Neuberechnung der Ausgleichsregelung. Es sei bisher nicht berücksichtigt worden, dass es sich um eine "Junge Praxis" handle. Mit dem Steigen der Fallzahlen falle bei ihm der Fallwert auf bis zu 23, 00 EUR von über 40,00 EUR ab, was einem Honorarverlust von ca. 50 % gleichkomme. Die Beklagte teilte dem Kläger mit Schreiben vom 18.06.2007 mit, ein Antrag auf Aussetzung der der Ausgleichsregelung könne nur für zukünftige Quartale gestellt werden, weshalb sie das Schreiben zu den Widerspruchsverfahren gereicht habe.

Die Beklagte verband die Widerspruchsverfahren gegen die Honorarbescheide für alle streitbefangenen Quartale und wies mit Widerspruchsbescheid vom 05.09.2014 die Widersprüche als unbegründet zurück. Zur Begründung erläuterte sie allgemein die rechtlichen Grundlagen und die Geltung der Regelleistungsvolumina. Soweit der Kläger die angewandten Kostensätze als rechtswidrig rüge, da der Kalkulationswert in Höhe von 5,11 Cent nicht habe gehalten werden können, so habe sie die Vorgaben des Bewertungsausschusses korrekt umgesetzt, zudem habe er mit seinem Beschluss vom 29.10.2004 von der Zugrundelegung eines Punktwertes von 5,11 Cent abgesehen. Wegen der Begrenzung der Gesamtvergütung müsse hingenommen werden, dass der Auszahlungspunktwert absinke. Im Rahmen der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV werde für eine "junge Praxis" der Fachgruppenfallwert genommen, soweit ein Fallwert aus dem entsprechenden Referenzquartal nicht zur Verfügung stehe. Dies gelte auch, wenn der Fallwert des Vertragsarztes unterdurchschnittlich sei. In den Quartalen II/05 bis IV/05 sei der Wert der Fachgruppe zugrunde gelegt worden. Ab dem Quartal I/06 hätten Werte des Klägers zum Vergleich zur Verfügung gestanden. Wegen eines Verstoßes gegen den Grundsatz der angemessenen Vergütung könne ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für ärztliche Tätigkeit erst dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der im Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet werde. Es seien keine Anhaltspunkte erkennbar, dass der Grundsatz der angemessenen Vergütung zur Lasten der Fachgruppe des Klägers in dem streitgegenständlichen Zeitraum verletzt sein könnte.

Hiergegen hat der Kläger am 19.11.2014 die Klage zum Aktenzeichen [S 12 KA 546/14](#) erhoben. Die Kammer hat mit Beschluss vom 21.11.2014 das Verfahren für die Quartale II/05 – I/07 unter den Aktenzeichen S 12 KA 549 -555/14 abgetrennt und mit Beschluss vom 05.04.2017 die Verfahren wieder miteinander verbunden.

Zur Begründung seiner Klage trägt der Kläger vor, durch die Einführung des EBM 2005 sei es zu einer Verschlechterung seiner Honorarsituation gekommen. Hierfür spreche bereits ein Vergleich des Punktwertes für das Quartal I/05 mit dem hier streitgegenständlichen Punktwert des Quartals II/05, aber auch das für die Fachgruppe der Neurologen festgesetzte Regelleistungsvolumen. Im Quartal I/05 habe der Punktwert noch 2,653 Cent für den Primärkassen- und 2,916 Cent für den Ersatzkassenbereich betragen, im Quartal II/05 sei er auf 1,70 Cent bzw. 1,995 Cent gesunken, mithin um nahezu 1/3 des ohnehin bereits als sehr niedrig einzustufenden Punktwerts des Quartals I/05. Insgesamt zeige sich ein Absinken des Fallwerts. Unter beispielhaften Hinweis auf die Fallpunktzahlen für das Regelleistungsvolumen im Quartal II/05 ist der Kläger der Auffassung, diese ermittelten Fallpunktzahlen seien viel zu niedrig. Die Überschreitung im Quartal II/05 mit 155.412,6 Punkten sei nur mit dem unteren Punktwert von 0,467 Cent vergütet worden. Die Beklagte habe zwar durch die Änderung der Honorarbescheide die Vorgaben der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts umgesetzt, allerdings hätten hierbei Berücksichtigung finden müssen, dass aufgrund der von Seiten der Beklagten ermittelten niedrigen Punktwerte eine Stützungsmaßnahme hätte getroffen werden müssen. Der Punktwert habe weit unter dem vereinbarten 4 Cent gelegen. Nur bei festen Punktwerten seien die Einnahmen kalkulierbar. Mit der Bildung von Honorarkontingenten gehe auch eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Beklagten als Normgeber einher. Bei einem Punktwertabfall von mehr als 15% unter das Durchschnittsniveau müsse ein Ausgleich zwischen den Honoraruntergruppen erfolgen. Auch seien die Honorartöpfe umstrukturiert worden. Bis zum Quartal I/05 habe es für die Fachgruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater einen einheitlichen Honorartopf gegeben. Ab dem Quartal II/05 seien separate Honorartöpfe für diese Fachgruppen gebildet worden. Es müsse davon ausgegangen werden, dass der Honorartopf für die Fachgruppe der Neurologen fehlerhaft berechnet worden sei. Eine vom Landesverband Hessen des Bundesverbandes deutscher Nervenärzte durchgeführte Analyse der Honorarverteilung habe ergeben, dass das durchschnittliche Honorar aller Honorar(unter)gruppen im Quartal II/05 bei 55.000 EUR gelegen habe, das Durchschnittshonorar der Nervenärzte je Quartal bei 31.500 EUR, während dasjenige beispielsweise der Kardiologen bei ca. 90.000 EUR gelegen habe.

Der Kläger beantragt,  
unter Aufhebung der Honorarbescheide für die Quartale II/05 bis I/07, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides der Beklagten vom 05.11.2014 die Beklagte zu verpflichten, den Kläger über seinen Honoraranspruch für die genannten Quartale 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 Neubescheidung habe beim Kläger zu einer Nachvergütung in Höhe von insgesamt 38.467,86 EUR geführt. Das Bundessozialgericht habe mir Urteil vom 08.12.2010 - B [6 KA 43/09](#) R - die Einführung der Regelleistungsvolumina im hessischen HVV ab dem Quartal II/05 als im Einklang mit dem Vorgaben des Bewertungsausschusses gesehen. Danach sei auch nicht zu beanstanden, dass die innerhalb des Regelleistungsvolumens liegenden Honorarforderungen einer Quotierung unterlägen. Das Bundessozialgericht habe sich auch der Vorinstanz mit der Auffassung angeschlossen, dass das System der Regelleistungsvolumina bei begrenzter Gesamtvergütung eine Quotierung voraussetze. Der Kläger überschreite das Regelleistungsvolumen lediglich im Quartal II/05 um 20,98 % und im Quartal III/05 um 3,75 %. Eine Überschreitung des praxisbezogenen Regelleistungsvolumens von 25 % sei aber systemimmanent, wie die Kammer bereits entschieden habe. Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 01.07.2016 die Transformierung des Honorartopfs für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in getrennte Honorartöpfe und die Stützung des Punktwerts in den streitbefangenen Quartalen erläutert.

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

Entscheidungsgründe:

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

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

Die Klage ist aber unbegründet. Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale II/05 bis I/07, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.11.2014 sind rechtmäßig. Sie waren daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung über seinen Honoraranspruch für die Quartale II/05 bis I/07.

Nach der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Verbänden der Krankenkassen zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005, bekannt gemacht als Anlage 2 zum Landesrundsreiben/Bekanntmachung vom 10.11.2005 (HVV), die insoweit bis zum Quartal I/07 fortgeführt wurde, ist Grundlage für die Abrechnung der erbrachten vertragsärztlichen Leistungen der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), die dazu ergänzend ergangenen Beschlüsse des Bewertungsausschusses sowie die zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Abrechnungsbestimmungen in der jeweils gültigen Fassung vorbehaltlich abweichender Regelungen im Rahmen dieser Vereinbarung (§ 2 Abschnitt 2.1 Abs. 1 Satz 1 HVV).

Das Bundessozialgericht hat zwischenzeitlich entschieden, dass der HVV ab dem Quartal II/05 insoweit rechtswidrig ist, als bestimmte Leistungen entgegen den Vorgaben des Bewertungsausschusses im Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) (Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 46 vom 12.11.2004, Seite A-3129, im Folgenden: BRLV) in die jeweiligen Regelleistungsvolumina einbezogen wurden. Die Ausgleichsregel in Ziff. 7.5 HVV ist rechtswidrig, soweit diese Honorarminderungen vorsah (vgl. BSG, Urt. v. 18.08.2010 - [B 6 KA 27/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 58 = [GesR 2011, 304](#) = Breith 2011, 415 = USK 2010-95, zitiert nach juris; Parallelverfahren: B 6 KA 16, 25, 26,28/09 R). Aufgrund der

rechtswidrigen Einbeziehung der Leistungen in das Regelleistungsvolumen waren auch die Fallpunktzahlen des Regelleistungsvolumens fehlerhaft berechnet worden. Die zwischenzeitlich abgeschlossene Ergänzungsvereinbarung vom 15.09.2011 zu den Honorarverteilungsverträgen im Zeitraum 01.04.2005 bis 31.12.2008, veröffentlicht in info.doc Nr. 5, Oktober 2011 änderte, soweit hier von Bedeutung, den HVV entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses. Die Beklagte hatte darüber hinaus noch die bisherigen Regelleistungsvolumina anzupassen, worauf die Kammer bereits im Urteil vom 16.11.2011 - [S 12 KA 446/07](#) - hingewiesen hat (Berufungsverfahren LSG Hessen - [L 4 KA 72/11](#) - durch Vergleich v. 29.01.2014 beendet). Die Leistungen nach Ziff. 4.1 BRLV sind bei der Bemessung der Regelleistungsvolumina nicht zu berücksichtigen. Dies folgt eindeutig aus den Vorgaben des Bewertungsausschusses und der bisherigen sozialgerichtlichen Rechtsprechung. Dem ist die Beklagte mittlerweile durch Abschluss der Nachtragsvereinbarung vom 27.06.2012 zur Ergänzungsvereinbarung vom 15.09.2011, bekannt gemacht durch Rundschreiben vom 27.07.2012, nachgekommen.

Die Aufteilung des Honorarvolumens auf die Honorar(unter)gruppe B 2.17 (Neurologen) war von der Kammer nicht zu beanstanden.

Der nach Abzug der Vorwegleistungen gemäß Ziffer 7.1 für die Primär- und die Ersatzkassen verbleibende Betrag (im folgenden Verteilungsbetrag genannt) steht unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Anlagen 1 (für die Primärkassen), 2 (für die Ersatzkassen) und 3 (für die Primär- und Ersatzkassen) zu Ziffer 7.2 für die Vergütung der geprüften und gemäß Ziffer 6 zugeordneten/bewerteten Honoraranforderungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden hessischen Ärzte, Psychotherapeuten und ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie zur Bedienung der Ansprüche aus der EHV und der Aufwendungen für den KV Hessen; spezifischen ärztlichen Bereitschaftsdienst (gemäß Notdienstordnung der KV Hessen) zur Verfügung. Rundungs- und Spitzenbeträge sind vorzutragen (Ziff. 7.2 HVV 2005).

Nach Ziff. 2.2 der Anlagen 1 u. 2 zu Ziff. 7.2 HVV steht der dem Honorarbereich B - Fachärztliche Versorgungsebene verbleibende Verteilungsbetrag - vorbehaltlich möglicher Korrekturen gemäß Ziffer 4 - für die Verteilung auf die Honorargruppen B 2.1 bis B 2.32 innerhalb der Honorargruppe B 2 zur Verfügung. Die Verteilung erfolgt dabei auf Basis der prozentualen Aufteilung der (tatsächlichen) Honorarzahlen für die entsprechenden bzw. vergleichbar gebildeten Honorar(unter)gruppen im entsprechenden Quartal des Jahres 2004. Im Jahr 2004 wurde die Honorar(unter)gruppe B 2.7.1 durch die Nervenärzte (VfG 57), Neurologen (VfG 57-68) und Psychiater (VfG 59) gebildet (vgl. Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 der Grundsätze der Honorarverteilung). Die Beklagte hat dies exemplarisch für das Quartal II/05 mit dem Aufsatzquartal II/04 erläutert. Sie hat im Einzelnen dargestellt, wie sich die Honorar(unter)gruppe B 2.7.1 auf die erst ab dem Quartal II/05 gebildeten Honorar(unter)gruppe B 2.16 - Nervenärzte (VfG 57), Neurologen und Psychiater (Doppelzulassung) (VfG 57-69), B 2.17 - Neurologen (VfG 57&8208;68), B 2.22 - Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit Leistungsanteil an Richtlinien- und PT im Vorjahresquartal von höchstens 30 % (VfG 59&8208;01) und B 2.23 - Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit Leistungsanteil an Richtlinien- und PT im Vorjahresquartal von mehr als 30 % (VfG 59&8208;02) aufteilt. Entsprechend hat sie die Anteile der Aufsatz quartale auf die Quartale ab II/05 übertragen. Dies entspricht den Vorgaben des HVV, auch wenn eine spezifische Regelung für die Aufteilung der Honorar(unter)gruppe B 2.7.1 fehlt, da es entscheidend auf den Anteil im Aufsatzquartal des Jahres 2004 ankommt. Aus der Anlage 1 zum Schriftsatz der Beklagten vom 01.07.2016 wird die Aufteilung deutlich. Ausgehend vom Verteilungsbetrag im Quartal II/04 in Höhe von 4.770.124,13 EUR ergeben sich z. B. im Ersatzkassenbereich Anteile der später neu gebildeten vier Honorar(unter)gruppen von 3.364.340,26 EUR, 389.162,59 EUR, 576.206,03 EUR und 436.666,69 EUR. Soweit die Gesamtsumme dieser vier Teilbeträge in Höhe von 4.766.375,57 EUR den Ausgangsbetrag in Höhe von 4.770.124,13 EUR um 3.771,56 EUR unterschreitet, handelt es sich um eine zu vernachlässigende Rundungstoleranz von 0,079 %. Der Kammer sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass die Beklagte nicht in gleicher Weise in den übrigen Quartalen verfahren ist.

Die Einhaltung des sog. mittleren Punktwerts ist beachtet worden.

Nach Ziff. III.1 2. Absatz BRLV ist eine Anpassung der Arztgruppentöpfe im Rahmen der Honorarverteilung dann in den Folgequartalen (ggf. in Schritten) notwendig, wenn der für eine Arztgruppe gemäß Anlage 1 für das Vorquartal ermittelte rechnerische Punktwert (Vergütung für Leistungen des Regelleistungsvolumens im Arztgruppentopf zu Leistungsbedarf in Punkten für Leistungen des Regelleistungsvolumens (Leistungsbedarf im Regelleistungsvolumen und Leistungsbedarf, der über das Regelleistungsvolumen hinausgeht)) den über alle Arztgruppen eines Versorgungsbereichs gleichermaßen (ohne Berücksichtigung der Arztgruppentöpfe) ermittelten durchschnittlichen rechnerischen Punktwert um mehr als 10 % über- oder unterschreitet. Diese Regelung unterscheidet sich grundlegend von der 15 %-Regelung im HVV. Für die hier maßgebliche fachärztliche Versorgungsebene sieht Ziff. 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziff. 7.2 HVV vor, dass, reicht der zur Verfügung stehende Anteil am Verteilungsbetrag in einer Honorar(unter)gruppe zur Honorierung der angeforderten Leistungen nicht aus, eine Quotierung aller Honorarforderungen innerhalb des Regelleistungsvolumens und damit des Punktwertes von 4,0 Ct. zu erfolgen hat. Soweit die so festgestellten Quoten um mehr als 15 %-Punkte von der nach gleicher Vorgehensweise über alle Honorar(unter)gruppen der Honorargruppe B 2 gebildeten (mittleren) Quote abweichen, ist, soweit möglich, ein Ausgleich zwischen den Honorar(unter)gruppen B 2.1 bis B 2.32 mit dem Ziel der Erreichung einer maximalen Abweichung von 15 %-Punkten von der mittleren Quote für alle Honorar(unter)gruppen B 2.1 bis B 2.32 durchzuführen. Der HVV enthält damit ein Instrumentarium zur Gewährleistung eines Punktwertes mit einer nicht mehr als 15 %igen Schwankungsbreite über alle von den RLV betroffenen Facharztgruppen (vgl. BSG, Urt. v. 08.12.2010 - [B 6 KA 42/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 61, juris Rdnr. 23). Die Unterschiede beider Regelungen bestehen darin, dass Ziff. III.1 2. Absatz BRLV nur eine Beobachtungspflicht statuiert, die ggf. in den Folgequartalen zur Aufstockung der Honorartöpfe führt, während Ziff. 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziff. 7.2 HVV zwingend vorsieht, im aktuellen Quartal unmittelbar eine Aufstockung der Honorartöpfe vorzunehmen, ferner ist die Grenze nach Ziff. III.1 2. Absatz BRLV mit 10 % enger als die des HVV. Insbesondere aber bezieht Ziff. III.1 2. Absatz BRLV auch die Leistungen ein, die zum sog. unteren Punktwert vergütet werden, wohingegen Ziff. 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziff. 7.2 HVV nur die Leistungen, die zum sog. oberen Punktwert vergütet werden, einbezieht. Ziff. III.1 2. Absatz BRLV erfasst damit das Verhältnis der Leistungsausweitungen einer Fachgruppe zur Gesamtentwicklung. Solche Leistungsausweitungen müssen nicht zwangsläufig aus dem sog. Hamsterradeffekt entstehen, also aufgrund von Leistungsausweitungen innerhalb der Fachgruppe, die nicht in erster Linie medizinischen Notwendigkeiten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots geschuldet sind. Sie können auch einem vermehrten tatsächlichen Leistungsbedarf geschuldet sein, so z. B. dem Umstand einer Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich oder der Zunahme der Morbidität. Wegen der Unterschiedlichkeit der Gründe wird daher kein zwingender Mechanismus eingebaut, sondern eine Beobachtungspflicht, die bei Vorliegen der genannten Veränderungen zur Entscheidung über eine evtl. Aufstockung zwingt.

Zutreffend geht die Beklagte davon aus, dass der 85 %-Stützpunktwert bzw. Interventionspunktwert nach dem Punktwert zu berücksichtigen ist, der vor Anwendung der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV und sonstigen Verteilungsabzügen innerhalb der Honorar(unter)gruppe

wie Notdienst und dem EHV-Faktor erfolgt und der somit in den Honorarbescheiden nicht aufgeführt wird bzw. mit den in der Arztrechnung enthaltenen Punktwerten nicht vergleichbar ist. Ziff. 7.5 HVV betrifft eine Umverteilung innerhalb der Honorar(unter)gruppe und führt zu Veränderungen des Punktwerts. Der Interventionspunktwert betrifft aber die Verteilung zwischen den Honorar(unter)gruppen, so dass nachfolgende Veränderungen des Punktwerts außer Betracht zu bleiben haben. Dies gilt auch für die weiteren Abzüge. Auch entspricht der in der Arztrechnung ausgewiesene Punktwert nicht der tatsächlichen Honorarzahlung, soweit ein Ausgleichsbetrag geleistet wurde.

Die Beklagte hat bereits im Schriftsatz vom 01.07.2016 darauf hingewiesen, dass der Punktwert der Honorar(unter)gruppe des Klägers im Primärkassenbereich vor Anwendung der Ausgleichsregelung mit Ausnahme der Quartale II und III/06 jeweils über dem Interventionspunktwert lag. In den Quartalen II und III/06 erfolgte insofern aber eine Stützung. Im Ersatzkassenbereich lag der Punktwert in den Quartalen III/05 und I/06 bis I/07 unter dem Interventionspunktwert und wurde insoweit gestützt. Der Punktwert lag in den Quartalen II/06 bis I/07 nach evtl. Stützung im Primärkassen- und im Ersatzkassenbereich nicht unter dem Konvergenzpunktwert.

Veränderungen des Punktwerts aufgrund der Neubescheidung waren von der Kammer nicht zu beanstanden. Die Beachtung des Interventions- und Konvergenzpunktwerts erfolgte auf der Grundlage der Neubescheidung. Die Beklagte nimmt, wie auch die Neubescheidung des Klägers zeigt, auf der Grundlage des geänderten Regelwerks eine Neufestsetzung des Honoraranspruches vor. Soweit die Neufestsetzung einen höheren Honoraranspruch ergibt, nimmt sie eine Nachvergütung vor. Führt die Neufestsetzung zu einem geringeren Honoraranspruch, so z. B. im Fall des Klägers im Quartal II/05, so verzichtet sie auf eine Rückforderung dieses Honoraranteils. Im Ergebnis tritt somit in keinem Fall auch bei den Vertragsärzten, die Rechtsmittel eingelegt haben, eine Verschlechterung der Honorarsituation ein. Die Quotierung der Punktwerte innerhalb des Regelleistungsvolumens ist von der sozialgerichtlichen Rechtsprechung nicht beanstandet worden. Das Absinken des Punktwerts innerhalb des Regelleistungsvolumens folgt auch zwingend aus dem Umstand, dass Honorarzuflüsse aufgrund der Honorarkürzungen nach Ziffer 7.5 HVV nicht mehr möglich sind und aus dem Umstand, dass das Leistungsvolumen der außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergütenden Honoraranteile aufgrund der nunmehr eingehaltenen Vorgaben des Bewertungsausschusses angestiegen ist und dieser Honoraranteil zu festen Punktwerten vergütet wird, der das für das Regelleistungsvolumen zu Verfügung stehende Honorarvolumen vermindert. Ein wie auch immer gearteter Vertrauensschutz auf den einmal festgestellten Punktwert besteht nicht (vgl. bereits SG Marburg, Gerichtsbes. v. 30.04.2013 - S 12 KA 744 bis 746/10 -; siehe auch SG Marburg, Urt. v. 25.01.2017 - [S 16 KA 61/13](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris zum rechnerisch oberen Punktwert der invasiv tätigen Kardiologen in Hessen im Quartal I/06).

Soweit der Kläger unter Hinweis auf die Fallpunktzahlen für das Regelleistungsvolumen im Quartal II/05 der Auffassung ist, diese ermittelten Fallpunktzahlen seien viel zu niedrig, wird dies nicht näher dargelegt.

Die ab dem Quartal II/05 geltende Honorarvereinbarung entsprach mit der Einführung der Regelleistungsvolumina den Vorgaben des Bewertungsausschusses. Es ist nicht zu beanstanden, dass die innerhalb des Regelleistungsvolumens liegenden Honorarforderungen einer Quotierung unterlagen. Insbes. bestand auch kein Anspruch auf Vergütung der Leistungen mit einem Punktwert von 5,11 Cent. Ein Regelleistungsvolumen eines Vertragsarztes muss nicht so bemessen werden, dass die wesentlichen Leistungen seines Fachgebiets rechnerisch in jedem Behandlungsfall mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden (vgl. BSG, Urt. v. 11.12.2013 - [B 6 KA 6/13 R](#) - SozR 4-2500 § 87 Nr. 29, juris Rdnr. 22 ff.). Diese Grundsätze gelten auch dann, wenn die Frage im Streit steht, ob das RLV die durchschnittlichen Versicherten- bzw. Grundpauschalen abdeckt (vgl. BSG, Beschl. v. 28.10.2015 - [B 6 KA 35/15 B](#) - juris).

Die Bewertung der neurologischen Leistungen nach den Nr. 16310 bis 16322 EBM 2005 ist nicht zu beanstanden. Der Bewertungsausschuss hat den ihm zustehenden weiten Gestaltungsspielraum nicht überschritten. Er ist insb. seiner Beobachtungs- und Reaktionspflicht hinsichtlich der Bewertungsansätze für diese Gebührenpositionen ausreichend nachgekommen. Dabei war auch die besondere Schwierigkeit bei der Ermittlung der Kostensätze für die Fachgruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater zu berücksichtigen, die sich aus deren Heterogenität ergibt (vgl. BSG, Urt. v. 09.05.2012 - [B 6 KA 24/11 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 70, juris Rdnr. 36 ff.).

Soweit der Kläger auf die Honorarunterschiede ihrer Fachgruppe zu den übrigen Facharztgruppen abstellt, kommt es hierauf nicht an. Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit garantiert kein gleichmäßiges Einkommen aller vertragsärztlich tätigen Ärzte. Das Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) gebietet nicht, dass die Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit bei allen Arztgruppen identisch sein müssen. Dass ca. zwei Drittel der Fachärzte ein Honorar unterhalb des Durchschnitts erzielen, lässt auf erhebliche Verwerfungen innerhalb der einzelnen Fachgruppen schließen. Einer strikten Gleichstellung steht schon entgegen, dass dann auch Faktoren wie das Investitionsrisiko, die Betriebskosten, die durchschnittliche Arbeitszeit und das Verhältnis von in Vollzeit und in Teilzeit tätigen Praxisinhabern gewichtet werden müssten, was kaum möglich sein dürfte. Abgesehen von den praktischen Schwierigkeiten verlangt [Art. 3 Abs. 1 GG](#) eine solche Nivellierung nicht (vgl. BSG, Urt. v. 08.12.2010 - [B 6 KA 42/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 61, juris Rdnr. 26). Ein Anspruch auf höheres Honorar kann grundsätzlich nicht auf Honorarunterschiede zwischen einzelnen Arztgruppen gestützt werden (vgl. BSG, Urt. v. 17.02.2016 - [B 6 KA 46/14 R](#) - juris Rdnr. 33).

Die Festsetzung des Honorars verstößt auch nicht gegen den Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung. Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist die vertragsärztliche Versorgung durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Ein subjektives Recht auf höheres Honorar aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) i. V. m. [Art. 12 Abs. 1 GG](#) kommt erst dann in Betracht, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist. Dies ist erst dann der Fall, wenn flächendeckend und unabhängig von Besonderheiten in einzelnen Regionen und/oder bei einzelnen Arztgruppen ein Vergütungs-niveau zu beobachten wäre, das mangels ausreichenden finanziellen Anreizes zu vertragsärztlicher Tätigkeit zur Beeinträchtigung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten führt (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#), juris, Rdnr. 135; BSG, Urt. v. 11.12.2013 - [B 6 KA 6/13 R](#) - SozR 4-2500 § 87 Nr. 29, juris Rdnr. 42; BSG, Urt. v. 17.02.2016 - [B 6 KA 46/14 R](#) - juris Rdnr. 31). Im Hinblick auf die vorrangige Funktionszuweisung an den Bewertungsausschuss nach [§ 87 SGB V](#), den Inhalt der abrechenbaren Leistungen und ihre Punktzahlen zu bestimmen, kann das Niveau von Vergütungen erst dann von den Gerichten im Hinblick auf [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) i. V. m. [Art. 12 Abs. 1 GG](#) beanstandet werden, wenn die Funktionsfähigkeit der Versorgung mangels ausreichenden finanziellen Anreizes, vertragsärztlich tätig zu werden, gefährdet wäre (vgl. BSG, Urt. v. 16.12.2015 - [B 6 KA 39/15 R](#) - SozR 4 (vorgesehen), juris Rdnr. 35 m.w.N.). Anhaltspunkte für eine solche Situation sind nicht ersichtlich. Auf die Honorarsituation bzw.

den Honorarrückgang einer einzelnen Praxis bzw. der Praxis des Klägers kommt es nicht an. Da die Vergütung nicht für jede Leistung kostendeckend sein muss und sich die Frage der Kostendeckung auch nicht auf die bei einem einzelnen Arzt anfallenden Kosten beziehen kann, ergibt sich selbst aus einer etwaigen Kostenunterdeckung bei einzelnen Leistungen kein zwingender Grund für eine bestimmte Auslegung des Gebührenatbestandes (vgl. BSG, Urt. v. 16.12.2015 - [B 6 KA 39/15 R](#) - a.a.O. Rdnr. 25) bzw. eine pauschale Erhöhung des Honorars.

Nach allem war die Klage 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

2017-09-21