

L 4 KA 55/08

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 546/07
Datum
04.06.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 55/08
Datum
26.08.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 42/09 R
Datum
08.12.2010
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 4. Juni 2008 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des Rechtsstreits auch im Berufungsverfahren zu tragen.

Der Streitwert wird auf 5.685,00 EUR festgesetzt.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Honorarhöhe für das Quartal II/05.

Die Klägerin nimmt als Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Praxissitz in A-Stadt seit 1996 an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Mit Bescheid vom 22. Januar 2006 setzte die Beklagte das Nettohonorar der Klägerin für das Quartal II/05 auf 38.383,65 EUR fest. Hiergegen legte die Klägerin am 28. Februar 2006 Widerspruch ein und begründete diesen damit, dass eine rechtswidrige Benachteiligung der Einzelpraxen gegenüber den Gemeinschaftspraxen durch Nr. 5.1 EBM 2005 vorliege. Ferner liege eine Benachteiligung der Einzelpraxen gegenüber Gemeinschaftspraxen der gleichen Fachgruppe (Regelleistungsvolumen) durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - SGB V - mit Wirkung vom 1. Januar 2005 (Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 101, Ausgabe 46 von 12. November 2004, Seite B-2649) - im folgenden: BRLV - sowie Ziff. 6.3 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. November 2005 (Honorarverteilungsvertrag - HVV) vor. Weiter werde die fehlerhafte bzw. unzureichende Berechnung der Kostensätze für das Fach Dermatologie auf der Grundlage der KPMG-Kostenerhebung beanstandet sowie die vom Nettohonorar einbehaltenen 0,117% zur Sicherung der allgemeinärztlichen Weiterbildung nach Einführung getrennter Hausarzt-/Facharztzöpfe. Außerdem wende sich der Widerspruch gegen die Abweichung von der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Aussicht gestellten betriebswirtschaftlichen Kalkulation mit 5,11 Cent Punktwert und die mangelnde Verständlichkeit und Transparenz der Abrechnung.

Mit Bescheid vom 29. Juni 2006 ersetzte die Beklagte den Honorarbescheid vom 22. Januar 2006 und setzte das Nettohonorar der Klägerin für das Quartal II/05 auf 38.375,21 EUR fest.

Die Klägerin erhob noch vor Erlass des Widerspruchsbescheides am 16. Oktober 2007 Klage beim Sozialgericht Marburg (SG), mit der sie sich im Wesentlichen gegen die Untätigkeit der Beklagten wandte (Az.: S 12 KA 436/07). Mit Widerspruchsbescheid vom 28. November 2007 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Der Honorarbescheid sei formell rechtmäßig, insbesondere ausreichend begründet und genüge den Anforderungen des § 35 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X). Der Honorarbescheid sei auch materiell rechtmäßig. Eine offensichtliche Rechtswidrigkeit des EBM 2005, die eine Abweichung von den Bewertungen des EBM 2005 durch die Beklagte rechtfertigen könnte, liege nicht vor. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 habe nicht nur die Einführung des EBM und der Regelleistungsvolumina für den 1. April 2005 angeordnet, sondern gleichzeitig auch, dass der ursprüngliche Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13. Mai 2004, der die Zugrundelegung eines Punktwerts von 5,11 Ct. vorgesehen habe, nicht

zum Ansatz komme. Ein Punktwert von 5,11 Ct. habe nicht ausgezahlt werden können, da lediglich die mit den Krankenkassen vereinbarte Gesamtvergütung auf der Grundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) an die Vertragsärzte verteilt werden könne. Daher habe eine Quotierung erfolgen müssen. Bedenken hinsichtlich der Rechtmäßigkeit des HVV bestünden nicht. Die Anwendung der fallzahlabhängigen Quotierung sei entsprechend der Regelung in Ziff. 5.2 HVV erfolgt. Sofern im aktuellen Abrechnungsquartal die Fallzahl der jeweiligen Honorar(unter)gruppe im Vergleich zum entsprechenden Quartal des Jahres 2004 um mehr als 1% gestiegen sei, sei für jede Praxis die fallzahlabhängige Quotierung durchzuführen. Bis zur Vergleichsfallzahl im entsprechenden Quartal 2004 zzgl. 2% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im Vergleichsquartal 2004 erfolge die Anerkennung des Fallwertes zu 100%. Für alle darüber hinausgehenden Abrechnungsfälle erfolge die Anerkennung des Fallwertes zu 25% bzw. werde für die Berechnung des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens eine neue korrigierte Grenzfallzahl festgestellt. Die Fallzahlgrenze, bis zu der Abrechnungsfälle im Quartal II/05 bis 100% bezogen auf den Fallwert hätten anerkannt werden können, habe auf Basis des Quartals II/04 1691 Fälle betragen. Durch die Anwendung des BSG-Urteils bezüglich des Anwachsens von Praxen bis zum Fachgruppendurchschnitt erhöhe sich die Fallzahlobergrenze 1.704 Fälle. Die rechnerisch relevante ambulante Fallzahl habe im Quartal II/05 1.756 Fälle betragen und die Fallzahlgrenze um 52 Fälle überschritten. Das anerkennungsfähige Honorarvolumen habe im Rahmen der fallzahlabhängigen Quotierung 1.361.065,9 Punkte betragen, was 97,78% des angeforderten relevanten Honorarvolumens entspreche. Gemäß Ziffer 6.3 HVV erfolge zudem die Bewertung der Honorarforderungen einer Praxis, die den Honorargruppen A 2/ B 2 bzw. einer entsprechenden Honorar(unter)gruppe zugeordnet seien, auf Basis eines Regelleistungsvolumens. Die Klägerin nehme als Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Praxis gehöre der Honoraruntergruppe B 2.6 an und sei abrechnungstechnisch der Fachgruppe/Arztgruppe 29-00 zugeordnet. Gemäß der Anlage zu Ziff. 6.3 HVV seien für die Fachgruppe der Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen differenziert nach Altersgruppe der Patienten in Jahren und Primärkassen und Ersatzkassen festgelegt. Die Bestimmung der Fallpunktzahlen sei entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses in Anlage 2 zu Teil III BRLV erfolgt. Zur Feststellung des praxisbezogenen Regelleistungsvolumens im Quartal II/05 seien im Falle der Klägerin 1721 Fälle mit einem Fallpunktwert von 552,6 Punkten zugrunde zu legen. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen im Quartal II/05 betrage damit 951.024,6 Punkte. Die abgerechneten Honorarforderungen, die dem Regelleistungsvolumen unterliegen, würden demgegenüber 1.391.915,0 Punkte betragen und das praxisbezogene Regelleistungsvolumen um 440.890,4 Punkte überschreiten. Die Bewertung der überschreitenden Honorarforderung erfolge zu einem unteren Punktwert. Ebenso wenig sei die Ausgleichsregelung der Ziff. 7.5 HVV und deren Anwendung, die im Falle der Klägerin im Quartal II/05 zu dem korrekt ermittelten Auffüllungsbetrag von 8.170 EUR geführt habe, zu beanstanden. Der HVV verstoße weder gegen den Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung noch der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Ein Anspruch auf höhere Vergütung im Quartal II/05 folge nicht unmittelbar aus [Artikel 12 GG](#). Zur Beurteilung sei auf die generelle Situation der betroffenen Arztgruppe und nicht auf die Ertragsituation der Praxis der Klägerin abzustellen. Die nach der ständigen Rechtsprechung des BSG (u. a. Urteil vom 9.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#)) als verfassungskonform zu bewertenden gesetzlichen Grundstrukturen über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen würden einen Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer angemessenen Versorgung erfordern. Dieser Ausgleich sei erst dann nicht mehr verhältnismäßig realisiert, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr bestehe, vertragsärztlich tätig zu werden. Im Falle der Klägerin seien diese Voraussetzungen nicht gegeben. Der HVV genüge auch dem Gleichbehandlungsgebot des [Artikel 3 Abs. 1 GG](#). Weder die Höhe des Ordinationskomplexes noch die Höhe der Fallpunktzahlen bei Gemeinschaftspraxen würden zur Rechtswidrigkeit des Honorarbescheides führen. Nach Abschnitt I Nr. 5.1 der allgemeinen Bestimmungen des EBM 2005 werde in der für das Quartal II/05 geltenden Fassung die Höhe des Ordinationskomplexes von Gemeinschaftspraxen und medizinischen Versorgungszentren als arithmetischer Mittelwert der Punktzahlen der Ordinationskomplexe der in der Gemeinschaftspraxis vertretenen Ärzte berechnet. Die abzurechnende Punktzahl des Ordinationskomplexes werde unter Berücksichtigung eines Aufschlages von 60 Punkten für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht den Leistungsbeschränkungen der Angestellten-Ärzte-Richtlinien unterliegen, von 15 Punkten je in einer arztgruppen- oder schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum repräsentiertem Fachgebiet oder Schwerpunkt, jedoch mindestens 60 Punkten und höchstens 105 Punkten, errechnet. Die Gewährung von entsprechenden Zuschlägen für Gemeinschaftspraxen im Vergleich zu Einzelpraxen sei bereits Bestandteil des EBM 1996 gewesen. An der Systematik habe der EBM 2005, in dem Leistungskomplexen eine größere Bedeutung zukomme als im EBM 1996, nichts geändert. Das BSG habe zu den am 1. Juli 1997 eingeführten Praxisbudgets die Rechtmäßigkeit eines Aufschlages bei der Fallpunktzahl für Gemeinschaftspraxen bestätigt (vgl. BSG, Beschluss vom 28. Januar 2004, [B 6 KA 112/03 B](#)). Nach Teil III. Nr. 3.2.2 BRLV werde die Höhe der Fallpunktzahl zunächst als arithmetischer Mittelwert der Fallpunktzahlen der in der Gemeinschaftspraxis oder den medizinischen Versorgungszentren vertretenen Arztgruppen berechnet. Die zutreffende Fallpunktzahl werde unter Berücksichtigung eines Aufschlages von 130 Punkten für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Gemeinschaftspraxen bzw. von 30 Punkten je in einer arztgruppen- oder schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum repräsentiertem Fachgebiet oder Schwerpunkt, jedoch mindestens 130 Punkten und höchstens 220 Punkten errechnet. Die vom Bewertungsausschuss gemachten Vorgaben zur Honorarverteilung seien von den Vertragsparteien des HVV korrekt umgesetzt worden und in Ziff. 6.3 HVV ab dem Quartal II/05 unverändert übernommen worden. Die Differenzierung zwischen Einzel- und Gemeinschaftspraxen sei auf einen sachlichen Grund zurückzuführen.

Nach Erlass des Widerspruchsbescheides vom 28. November 2007 durch die Beklagte erklärte die Klägerin zunächst am 3. März 2008 die unter dem Az. S 12 KA 436/07 erhobene (Untätigkeits-)Klage für erledigt.

Gegen den Widerspruchsbescheid hat die Klägerin am 28. Dezember 2007 Klage erhoben. Zur Begründung hat sie im Wesentlichen ausgeführt, die Feststellungen der Beklagten, wonach keine Anhaltspunkte erkennbar seien, dass der Grundsatz der angemessenen Vergütung zulasten der Gruppe der Hautärzte verletzt sein könne, seien unzutreffend. Dabei werde nicht auf die Ertragsituation ihrer eigenen Praxis abgestellt, sondern auf die generelle Situation der Facharztgruppe der Hautärzte. Das Durchschnittseinkommen der hessischen Hautärzte betrage 9.240,00 EUR (Umsatz: 42.076,00 EUR abzüglich Betriebskosten: 32.836,00 EUR), das der Fachärzte 20.232,00 EUR (53.068,00 EUR abzüglich 32.836,00 EUR). Der Honorarumsatz müsse um 26,1% angehoben werden, um ein vergleichbares Honorar zu erhalten. Im Folgequartal III/05 habe sich die Situation weiter verschlechtert.

Mit Urteil vom 4. Juni 2008 hat das SG die Klage abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es ausgeführt, die Festsetzung des Regelleistungsvolumens sei rechtmäßig. Die Regelung in Ziff. 6.3 HVV zur Bildung praxisindividueller Regelleistungsvolumen werde, soweit sie hier streitbefangen sei, grundsätzlich für rechtmäßig gehalten. In der Anlage 1 zum Teil III BRLV würden unter den Arztgruppen, für die Arztgruppentöpfe gemäß III.1 BRLV und Regelleistungsvolumen gemäß III. 3.1 BRLV berechnet werden, die Fachärzte für Hautkrankheiten genannt. Entsprechend habe der HVV auch die Fach(unter)gruppe gebildet. Ausgehend von den Vorgaben im HVV habe die Beklagte das

Regelleistungsvolumen und insbesondere die arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen zutreffend berechnet. Ein Ausnahmefall, der ein Abweichen vom festgesetzten Regelleistungsvolumen rechtfertigen würde, liege nicht vor. Die Klägerin habe auch keine entsprechenden Gründe vorgetragen. Soweit die Beklagte für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens keinen festen, im Vorhinein fest vereinbarten Punktwert vergütet habe, sei dies nicht zu beanstanden gewesen. [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) sehe zwar vor, dass insbesondere arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen seien, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten seien (Regelleistungsvolumina). Die Vertragsparteien des Honorarverteilungsvertrages würden aber für befugt gehalten, diesen Punktwert zu quotieren. Andernfalls wären sie bei einer begrenzten Gesamtvergütung gezwungen, einen niedrigeren festen Punktwert vorzugeben. Damit würde gerade der Honoraranspruch der Praxen, deren Abrechnung sich im Wesentlichen innerhalb des Regelleistungsvolumens bewege, eher vermindert werden. Die Vorgabe des Regelleistungsvolumens gehe aber davon aus, dass damit grundsätzlich das Leistungsgeschehen adäquat erfasst sei und ein auskömmliches Praxisergebnis erzielt werden könne. Die Quotierung innerhalb des Regelleistungsvolumens führe im Ergebnis dazu, dass im Regelfall ein höherer Punktwert innerhalb des Regelleistungsvolumens erreicht werde, ohne dass es zu Stützungsmaßnahmen aus den anderen Honorar(unter)gruppen komme. Nicht zu beanstanden gewesen sei, dass die das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungsanforderungen mit einem einheitlichen, dem so genannten unteren Punktwert vergütet würden. Soweit nach [§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#) vorzusehen ist, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird, sei dies nicht so zu verstehen, dass mindestens zwei Punktwertgruppen zu bilden sind, sondern dass ein geringerer Punktwert zur Auszahlung gelange als für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens, wie vorliegend geschehen. Eine rechtswidrige Benachteiligung der Einzelpraxen gegenüber den Gemeinschaftspraxen sei weder im EBM 2005 noch im Honorarverteilungsvertrag zu erkennen. Nach dem seit 1. April 2005 geltenden EBM 2005 würden Ärzte, die in Gemeinschaftspraxen tätig sind, einen Aufschlag von mindestens 60 und höchstens 105 Punkten auf den Ordinationskomplex erhalten (vgl. Abschn. I. Allg. Bestimmungen Nr. 5.1 EBM 2005). Diese Regelung habe der Honorarverteilungsvertrag der Beklagten übernommen (vgl. § 2 Ziff. 2.1 Satz 1 und 2.9.1 HVV). Die auf III.3.2.2 BRLV beruhende Regelung widerspreche weder dem Gebot der leistungsproportionalen Vergütung noch dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit (Art. 3 Abs. 1 i. V. m. [Artikel 12 Abs. 1 GG](#)). Das BSG habe bereits zur Privilegierung von Gemeinschaftspraxen bei der Festsetzung der Fallpauschalen für das Praxisbudget nach dem EBM 1996 ausgeführt, dass nicht ersichtlich sei, dass der Bewertungsausschuss als Normgeber des EBM 1996 die ihm zukommende Gestaltungsfreiheit im Rahmen des [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) verletzt haben könnte. Entsprechend werde für den Bewertungsausschuss und die Vertragsparteien des Honorarverteilungsvertrages ein hinreichender Gestaltungsspielraum gesehen, den diese nicht überschritten hätten. Es sei eine vertretbare Einschätzung des Bewertungsausschusses, wenn er von einem höheren Behandlungsaufwand pro Fall in einer Gemeinschaftspraxis als in einer Einzelpraxis ausgehe. Gleichfalls obliege es der Entscheidungsprärogative des Bewertungsausschusses, wie hoch er diesen Mehraufwand schätze, und in welchem Umfang damit die Bildung von Gemeinschaftspraxen gefördert werden solle. Die Zuerkennung von festen Punktzahlen als Zuschlag, unabhängig von der Höhe des Ordinationskomplexes, sei im Rahmen einer dem Normgeber zustehenden Pauschalierung nicht zu beanstanden. Sie führe jedenfalls nicht zu unverhältnismäßigen Verzerrungen zwischen den Arztgruppen. Soweit die Klägerin eine weiterhin fehlerhafte bzw. unzureichende Berechnung der Kostensätze für das Fach Dermatologie auf der Grundlage der KPMG-Kostenerhebung rüge, sei dieser Vortrag nicht im Einzelnen und nachvollziehbar begründet. Der EBM 2005 habe gegenüber dem EBM 1996 zu veränderten Leistungsbewertungen auch im Bereich der Klägerin geführt, so dass die Regelungen jedenfalls im Sinne einer Anfangs- und Erprobungsregelung für das streitbefangene Quartal nicht zu beanstanden seien. Soweit die Beklagte zur Sicherung der allgemeinen ärztlichen Weiterbildung Kostenanteile erhebe, handle es sich um die Erhebung von Verwaltungskosten im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung, wozu sie befugt sei (vgl. im Einzelnen BSG, Urteil vom 28. November 2007 - [B 6 KA 1/07 R](#) -, juris Rdnr. 15 ff). Es habe auch keine Verpflichtung zur Auszahlung eines festen Punktwerts von 5,11 Cent bestanden. Zutreffend habe die Beklagte dargelegt, dass der Bewertungsausschuss insofern zum Inkrafttreten des EBM 2005 keine bindende Vorgabe weder generell noch für einzelne Leistungsbereiche gemacht habe. Auch der weitere Vortrag, der Honorarbescheid sei nicht ausreichend begründet, greife nicht durch. Bei Honorarbescheiden komme dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut ist bzw. zu dessen Pflichten es gehöre, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen. Im Hinblick hierauf habe es das BSG für ausreichend gehalten, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechenvorgang aus dem HVM ergebe (vgl. BSG, Urteil vom 9.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#), juris Rdnr. 32 f. m. w. N.). Soweit sich die Klägerin gegen eine zu geringe Vergütung ihrer Leistung wende, könne dies keinen höheren Honoraranspruch begründen. Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) könne ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für ärztliche Tätigkeiten erst dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet wird (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - a. a. O., juris Rdnr. 130 m. w. N.). Anzeichen hierfür seien nicht ersichtlich. Die Klägerin stelle ferner darauf ab, dass jede Arztgruppe die Chance haben müsse, eine den anderen Arztgruppen vergleichbare Vergütung zu erhalten (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - a.a.O. juris Rdnr. 43 m. w. N.). Auch wenn nicht zu verkennen sei, dass die Durchschnittsumsätze der Fachgruppe der Klägerin rückläufig seien, so sei nicht ersichtlich, dass innerhalb der gesamten Arztgruppe nur unzureichende Einkommen erzielt werden könnten. Angesichts der recht unterschiedlichen Kostenstrukturen könne aus einem Durchschnittsumsatz aller Ärzte bzw. an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nicht auf ein hohes oder niedriges Einkommen einer Arztgruppe geschlossen werden, je nachdem, ob dieser Durchschnittsumsatz über- oder unterschritten werde. Nachvollziehbare Kostenanalysen, die für die gesamte Fachgruppe der Klägerin nachweisen könnten, dass nur noch unzureichende Einkommen erzielt werden könnten, seien nicht ersichtlich. Die Klägerin trage selbst vor, für die Fachgruppe sei von einem Umsatz pro Quartal von 42.100 EUR auszugehen. Bei unterstellten Kostenstrukturen von 40% bis 60% ließen sich dann noch monatliche durchschnittliche Gewinne allein aus Honoraren aus Leistungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 5.600 EUR bis 8.420 EUR erzielen. Von daher werde davon ausgegangen, dass im streitbefangenen Quartal keine unzureichende Honorierung vorliege.

Gegen das ihr am 13. Juni 2008 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 1. Juli 2008 Berufung beim Hessischen Landessozialgericht eingelegt. Zur Begründung hat sie vorgetragen, der Honorarbescheid für das Quartal II/05 beruhe auf einer rechtswidrigen Honorarverteilung, die den aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit missachte. Die Honorarverteilung führe zu einer unverhältnismäßigen Benachteiligung der Facharztgruppe der Hautärzte im Vergleich zu sonstigen Facharztgruppen. Entsprechendes habe das SG in seinem Urteil vom 2. Juli 2008, [S 12 KA 445/07](#) im Hinblick auf die Facharztgruppe der Neurologen und Psychiater in den Quartalen I/03 bis I/05 festgestellt. Danach sei im Ergebnis eine Honorarverteilung zu beanstanden, die zu nicht mehr hinnehmbaren Unterschieden innerhalb der Honorar(unter)gruppen und damit zu einer unzureichenden Honorierung der Honorar(unter)gruppe des Klägers und damit des Klägers selbst führe. Das SG habe in dem vorgenannten "Neurologen-Urteil" tabellarisch die Einkommenssituation und Entwicklung für mehrere Facharztgruppen (Neurologen und Psychiater, Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Orthopäden, Urologen) in den Jahren 2001 bis 2004 dargestellt. Hierbei sei es vom so genannten

Nettohonorar (nach Abzug EHV, vor Abzug Verwaltungskosten) ausgegangen und habe diesem durchschnittliche Kostensätze gegenübergestellt, die das Statistische Bundesamt in den gleichen Facharztgruppen für das Jahr 2003 ermittelt habe (z. B. für Neurologen und Psychiater: 50,1% und für Hautärzte 55,9%). Dies habe zu folgenden Ergebnissen geführt:

2001:

Durchschnittseinkommen: 84.613,24 EUR

Neurologen und Psychiater: 90,6%

Hautärzte: 86,9%

Augenärzte: 119,6%

2002:

Durchschnittseinkommen: 83.501,05 EUR

Neurologen und Psychiater: 87,6%

Hautärzte 85,7%

Augenärzte: 130,1%

2003:

Durchschnittseinkommen: 83.187,53 EUR

Neurologen und Psychiater: 83,4%

Hautärzte: 85,1%

Augenärzte: 135,5%

2004:

Durchschnittseinkommen: 82.131,85 EUR

Neurologen und Psychiater: 82,7%

Hautärzte: 85,1%

Augenärzte: 133,9%.

Das SG habe weiter ausgeführt, nach dem aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) (vgl. BSG, Urteil vom 29. Juni 2007 - [B 6 KA 2/07 R](#)) abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit müssten die Honorarverteilungsregelungen u. a. gewährleisten, dass jede Arztgruppe die Chance habe, eine den anderen Arztgruppen vergleichbare Vergütung zu erhalten (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2005 - [B 6 KA 5/04 R](#)). Mit der Bildung von Honorarkontingenten gehe eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der HVM-Geber als Normgeber einher. Notwendig sei eine Gesamtbetrachtung (vgl. BSG, Urteil vom 29. August 2007, [B 6 KA 43/06 R](#)). Im Hinblick auf die BSG-Rechtsprechung könne nicht allein auf Punktwerte abgestellt werden. Durchschnittsumsätze seien zudem zur Beobachtung der Honorarentwicklung zwischen den Honorargruppen nur ein unzureichendes Mittel, da die Kostensätze der einzelnen Honorargruppen recht unterschiedlich seien. Die Beklagte werde daher auch Erhebungen anderer Stellen über die Kostensätze heranzuziehen haben. In Anlehnung an die frühere Rechtsprechung des BSG werde ein Eingreifen der KÄV bzw. des HVM-Gebers für erforderlich gehalten, wenn die genannte Honorarsituation zu Abweichungen von mehr als 15% eines Durchschnittshonorars führe (vgl. BSG, Urteil vom 9. September 1998 - [B 6 KA 55/97 R](#)). Bei der Berechnung des Durchschnittshonorars sei aufgrund der gesetzlichen Vorgaben für die Honorargruppe des Klägers nur auf den fachärztlichen Bereich abzustellen. Im Wege typisierender Betrachtung könne dabei auf die größten Honorargruppen abgestellt werden oder es könnten Honorar(unter)gruppen nach dem HVM bzw. darüber hinausgehend zusammengefasst werden, so dass nicht für jede einzelne Verarbeitungsfachgruppe die Kostensätze ermittelt werden müssten. Eine Korrekturverpflichtung setze weiter voraus, dass es sich um eine dauerhafte, also nicht nur vorübergehende Entwicklung handle (vgl. BSG, Urteil vom 9. September 1998 - [B 6 KA 55/97 R](#)). Die Klägerin beruft sich darauf, dass die dargelegten Erwägungen auch für die Facharztgruppe der Hautärzte gelten müssten. Dies treffe zunächst ebenfalls für die Jahre 2001 bis 2004, aber darüber hinaus auch im streitgegenständlichen Quartal II/05 zu. Dabei dürfe nicht unberücksichtigt bleiben, dass das SG z. B. die Einkommenssituation der Internisten nicht in seine Betrachtung einbezogen habe. Diese hätten im Jahr 2004 ein Nettohonorar von 240.979 EUR erhalten, bei einem Kostenanteil von 56% laut statistischem Bundesamt resultiere hieraus ein Einkommen von 106.031 EUR. Bilde man das Durchschnittseinkommen für 2004 unter Berücksichtigung dieses Werts, erhöhe sich dieses auf 84.787 EUR. Entsprechend kämen die Hautärzte (69.887 EUR) auf 82,4% hiervon und lägen damit 17,6% unter dem Durchschnitt. Die Internisten würden 125,1% erzielen. Der Anteil der Neurologen/Psychiater sinke 2004 auf 80,1% gegenüber 82,7%. Nach den vorgelegten Daten für das Quartal II/05 der Tabelle 1 lasse sich entnehmen, dass der Erlös der Fachgruppe der Klägerin unter Berücksichtigung der Kostensätze des statistischen Bundesamtes für 2003 und gemessen am Erlös der berücksichtigten Facharthonorargruppen - ohne Berücksichtigung der Internisten - einen Wert von 90,11% erreichte. Allerdings müssten in die Berechnungen auch die Facharztgruppe der Internisten einbezogen werden, da sie sowohl nach ihren Umsätzen wie der Anzahl der Ärzte eine bedeutsame Gruppe darstelle. Die Einbeziehung der Internisten erfolge für das Quartal II/05 in Tabelle 3, wo sich aus den Spalten 5 bis 7 ergebe, dass bei Berücksichtigung der Internisten das Einkommen der Hautärzte auf 83,53% des Durchschnitts sinke, gegenüber 84,04% im Quartal II/04 (Tabelle 4, Spalte 5). Auffällig sei, dass die Internisten im Quartal II/2005 mit 158,38% die erlösstärkste Gruppe bilden würden (Tabelle 3, Spalte 7). Damit würden die Hautärzte nur 52,7% des Einkommens der Internisten erreichen. Auch ohne Berücksichtigung der Internisten würden sie II/05 lediglich 64,8% des Einkommens der Augenärzte erreichen. Für das Quartal III/05 sei darauf hinzuweisen, dass sich die Werte für die Hautärzte weiter verschlechtert hätten, und zwar um 1,5 bis 2,5%. Die Facharztgruppe der Klägerin werde unabhängig von der jeweiligen Honorarverteilungsregelung benachteiligt, insoweit liege ein weitreichender Systemfehler vor. Nach weiteren Vergleichsberechnungen unter Berücksichtigung des Kostenanteils, von dem das Statistische Bundesamt ausgehe würden die Hautärzte im Quartal I/05 ein Einkommen von 75,8% der aufgeführten Facharztgruppen einschließlich Internisten und Radiologen erreichen (in diesem Durchschnitt seien auch die Hautärzte selbst enthalten). Die Internisten würden ein Einkommen von 161,01% des Durchschnitts erzielen. Gehe man von den Kostensätzen des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung aus, würden die Hautärzte ein Einkommen in Höhe von 77,49% des Durchschnitts erhalten (Internisten: 173,22%). Im Quartal III/05 liege das Einkommen der Hautärzte bei 81,15% des Durchschnitts (Kostensätze des Statistischen Bundesamts) - Internisten: 167,72% bzw. 79,24% des Durchschnitts (Kostensätze des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung) - Internisten: 172,35%. Für die Einbeziehung der Radiologen in die Vergleichsberechnungen spreche, dass an dieser Gruppe besonders deutlich werde, wie wichtig die Berücksichtigung der Kostenstruktur im Rahmen der Honorarverteilung sei.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 4. Juni 2008 aufzuheben sowie den Bescheid vom 29. Juni 2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28. November 2007 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, sie über ihren Honoraranspruch für das Quartal II/05 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil und die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig und hat hierzu ergänzend ausgeführt, auch aus dem weiteren Vorbringen der Klägerin in der Berufungsbegründung lasse sich nichts anderes herleiten. Insbesondere sei nicht ersichtlich, dass die im Verantwortungsbereich der Beklagten vorgenommene Honorarverteilung zu einer unverhältnismäßigen Benachteiligung der Facharztgruppe der Hautärzte im Vergleich zu sonstigen Facharztgruppen führe. Das Urteil des SG vom 2. Juli 2008, [S 12 KA 445/07](#) sei vorliegend nicht einschlägig. Dort seien Honorarbescheide für die Quartale I/03 bis III/04 und I/05 streitig gewesen. Grundlage der Honorarbescheide seien damit unterschiedliche Honorarverteilungsbestimmungen gewesen. Der EBM 2005 habe gegenüber dem EBM 1996 zu veränderten Leistungsbewertungen auch im Bereich der Klägerin geführt. Insbesondere für das hier streitige Quartal II/05 sei die Regelung jedenfalls im Sinne einer Anfangs- und Erprobungsregelung nicht zu beanstanden. Dies gelte auch für die ab dem Quartal II/05 geltenden Honorarverteilungsbestimmungen des HVV (so auch BSG, Urteil vom 11. Oktober 2006, Az.: [B 6 KA 46/05 R](#)), mit dem unter anderem der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch das KÄV gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) umgesetzt worden sei. Das Urteil des SG Marburg vom 2. Juli 2008 betreffe auch eine andere Arztgruppe, nämlich die Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. Lediglich für diese Fachgruppe habe das SG aufgrund eines Vergleichs der Vergütung zwischen den Honoraruntergruppen aus den Jahren 2001 bis 2004 einen Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit festgestellt. Wie sich aus dem Urteil des SG vom 2. Juli 2008 und den dort aufgelisteten Vergütungen der Fachgruppen ergebe, fehle es an einer Vergleichbarkeit der Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit den Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie schon deshalb, weil sie allein in den Jahren 2001 bis 2004 über eine höhere Vergütung verfügten. Mit einem durchschnittlichen Nettohonorar der Fachärzte von Haut- und Geschlechtskrankheiten im Quartal II/05 von 42.076,35 EUR sei außerdem nicht ersichtlich, dass diese Fachgruppe Honorarverluste im Vergleich zu den Vorjahren beklagen konnte. Ein Vergleich mit den durchschnittlichen Vergütungen der Fachgruppe der Klägerin in den Jahren 2001 bis 2006 zeige ebenfalls keine wesentlichen Schwankungen. Zur Klarstellung werde das durchschnittlichen Nettohonorar EK + PK + SKT (nach Abzug EHV, vor Abzug Verwaltungskosten) der vollzugelassenen Hautärzte (HG 2.6, VfG 29-00) dargestellt: I/2005: 38.116,23 EUR, II/2005: 42.076,35 EUR, III/2005: 35.170,39 EUR, IV/2005: 40.343,58 EUR, I/2006: 38.558,66 EUR, II/2006: 39.541,41 EUR, III/2006: 37.505,86 EUR, IV/2006: 39.978,39. Aus den von der Klägerin vorgelegten Listen folge nichts anderes. Auch der Vergleich mit den Vergütungsstrukturen bei den Internisten führe zu keiner anderen Bewertung. Die Klägerin berücksichtige dabei zunächst nicht, dass es bereits an einer Vergleichbarkeit mit der Fachgruppe der Klägerin fehle. Die Arztgruppe der Internisten sei nach dem hier maßgeblichen Honorarverteilungsvertrag der Beklagten mit Gültigkeit ab dem Quartal II/05 in 6 verschiedene Honorargruppen je nach Schwerpunkttätigkeit eingeteilt. Dementsprechend unterscheide sich auch deren durchschnittliches Honorar pro Quartal. Im Übrigen sei das Urteil des SG Marburg vom 2. Juli 2008 auch noch nicht rechtskräftig. Gegen das Urteil sei ein Berufungsverfahren beim Senat anhängig ([L 4 KA 69/08](#)). Jedenfalls könne das Urteil des SG Marburg nicht auf die Facharztgruppe der Hautärzte übertragen werden.

Wegen weiterer Einzelheiten sowie des Vortrags der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Der Bescheid vom 29. Juni 2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28. November 2007 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung über ihren Honoraranspruch für das Quartal II/05 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Zu Recht sind die Beklagte und das SG auf der Grundlage der BSG-Rechtsprechung davon ausgegangen, dass der Bescheid formell rechtmäßig, insbesondere ausreichend begründet ist, und den Anforderungen des [§ 35 Abs. 1 SGB X](#) genügt, im Einzelnen wird auf die zutreffende Begründung des SG gemäß [§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) - ergänzend Bezug genommen.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Vergütung ihrer Leistungen mit einem Punktwert von 5,11 Ct. Es handelt sich um einen kalkulatorischen Wert im Rahmen der Erstellung des EBM 2005. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13. Mai 2004 in Teil B (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 101, Heft 38, 17. September 2004), in dem ein Punktwert von 5,11 Cent vorgesehen war, wird nach Teil I BRLV ab dem 1. Januar 2005 nicht angewendet. Sonstige Rechtsgrundlagen für eine Vergütung zu einem festen Punktwert von 5,11 Cent sind nicht ersichtlich.

Die Regelung in Ziff. 6.3 HVV zur Bildung praxisindividueller Regelleistungsvolumen wird grundsätzlich für rechtmäßig gehalten. Auch die Festsetzung des Regelleistungsvolumens war rechtmäßig. Soweit die Beklagte für Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens keinen festen im Vorhinein vereinbarten Punktwert vergütet hat, war dies ebenso wenig zu beanstanden. In [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) ist zwar geregelt, dass insbesondere arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind. Entsprechend sieht Ziff. 6.4 HVV vor, dass die nach Abzug der Vorwegvergütung und zu festen Punktwerten vergüteten Leistungen dann noch verbleibenden Honorarforderungen der Praxis der Bewertung mit einem Punktwert von 4,0 Cent bis zu dem nach Ziff. 6.3 HVV für das aktuelle Quartal festgestellten praxisindividuellen Regelleistungsvolumen unterliegen. Für die hier maßgebliche fachärztliche Versorgungsebene sieht Ziff. 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziff. 7.2 HVV vor, dass, wenn der zur Verfügung stehende Anteil am Verteilungsbetrag in einer Honorar(unter)gruppe zur Honorierung der angeforderten Leistungen nicht ausreicht, eine Quotierung aller Honorarforderungen innerhalb des Regelleistungsvolumens und damit des Punktwertes von 4,0 Cent zu erfolgen hat. Soweit die festgestellten Quoten um mehr als 15 Prozent-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. Zwar bleibt diese Regelung hinter der mit dem System der Regelleistungsvolumina und Vergütung der Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens zu einem festen Punktwert erstrebten Kalkulationssicherheit für die Vertragsärzte zurück. Es ist jedoch davon auszugehen, dass das System der Regelleistungsvolumina nur dann ohne Stützungsmaßnahmen in größerem Umfang wirksam umgesetzt werden kann, wenn der Punktwert bei begrenzter Gesamtvergütung

nicht im Vorhinein festgelegt, sondern quotiert wird. Dadurch ergibt sich ein höherer Punktwert für Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens und ermöglicht – entsprechend der Zielsetzung des Systems der Regelleistungsvolumina – eher ein auskömmliches Praxisergebnis innerhalb des Regelleistungsvolumens als mit im Vorhinein aufgrund der begrenzten Gesamtvergütung festgesetzten sehr niedrigen Punktwerten, wie auch das SG zutreffend festgestellt hat. Die Formulierung in [§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#), wonach vorzusehen ist, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird, wird auch seitens des Senats nicht so interpretiert, dass zwingend zwei Punktwertgruppen zu bilden sind, sondern dass die überschreitende Leistungsmenge mit einem geringeren Punktwert als Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet wird.

Im Hinblick auf die veränderten Leistungsbewertungen im EBM 2005 im Vergleich zum EBM 1996 auch im Bereich der Fachgruppe der Klägerin bestehen jedenfalls im Sinne einer Anfangs- und Erprobungsregelung keine rechtlichen Bedenken, auf die erstinstanzlichen Ausführungen wird insoweit gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) ergänzend Bezug genommen.

Weder aus dem Honorarbescheid noch den ihm zugrunde liegenden Regelungen des EBM 2005, des BRLV und des HVV lässt sich ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit gemäß [Artikel 12 Abs. 1 GG](#) i.V.m. [Artikel 3 Abs. 1 GG](#) ableiten.

Zum einen kann sich die Klägerin unter diesem Aspekt nicht darauf berufen, dass eine rechtswidrige Benachteiligung von Einzelpraxen gegenüber Gemeinschaftspraxen durch die Regelungen des EBM 2005 (Zuschläge für Gemeinschaftspraxen beim Ordinationskomplex), des BRLV oder des HVV (Zuschläge für Gemeinschaftspraxen beim Regelleistungsvolumen) vorliege. Zum anderen lässt sich auch kein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit unter dem Gesichtspunkt herleiten, dass die Honorarverteilung zu einer unverhältnismäßigen Benachteiligung der Facharztgruppe der Hautärzte im Vergleich zu sonstigen Facharztgruppen führt. Insbesondere kann sich die Klägerin nicht erfolgreich auf das - noch nicht rechtskräftige - Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 2. Juli 2008, [S 12 KA 445/07](#) zur Fachgruppe der Neurologen und Psychiater berufen.

Die im EBM 2005 geregelten Zuschläge zur Ordinationsgebühr (Abschnitt I, Allgemeine Bestimmungen, Nr. 5.1) und die im BRLV (Teil III Nr. 3.2.2) sowie HVV (Ziff. 6.3) geregelten Zuschläge zum Regelleistungsvolumen sind im Hinblick auf den Gestaltungsspielraum des Normgebers als rechtmäßig einzuordnen, da ihnen sachliche Erwägungen zugrunde lagen. Die Gewährung von entsprechenden Zuschlägen für Gemeinschaftspraxen im Vergleich zu Einzelpraxen war bereits Bestandteil des EBM 1996 (Allgemeine Bestimmungen A. I Teil B Nr. 1.6; Ziff. 1- Ordinationsgebühr). Bereits der EBM 1996 war durch die Einführung von Komplexgebühren wie der Ordinationsgebühr gekennzeichnet, in der viele bis dahin als selbstständige Gebührenordnungsposition abrechenbare Leistungen aufgingen. Im Hinblick auf das typischerweise größere Leistungsspektrum in Gemeinschaftspraxen war danach davon auszugehen, dass der Anteil der nicht mehr selbstständig abrechenbaren Leistungen entsprechend höher war als in Einzelpraxen. Entsprechend stellt sich die Situation für den EBM 2005 dar. Nachdem das BSG im Beschluss vom 28. Januar 2004, Az.: [B 6 KA 112/03 B](#), die Privilegierung von Gemeinschaftspraxen durch einen Aufschlag bei der Fallpunktzahl im Rahmen der Bildung von Praxisbudgets im Hinblick auf den Gestaltungsspielraum des Normgebers als rechtmäßig angesehen hat, muss dies erst recht im Rahmen des EBM 2005 gelten, in dem der Komplexgebühr noch größere Bedeutung als im EBM 1996 zukommt. Nach der Rechtsprechung des BSG sind Regelungen im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes vorrangig am Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art. 12 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#)) zu messen. Des Weiteren setzen das Gesamtvergütungssystem sowie der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die finanzielle Stabilität der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung der ärztlichen Berufsausübung und damit auch der Honorierung ärztlicher Leistungen Schranken. Die Regelung über den Aufschlag bei der Fallpunktzahl für Gemeinschaftspraxen sah das BSG als rechtmäßig an, da ihr sachliche Erwägungen zu Grunde lagen. Zum einen sollte die Tätigkeit in Gemeinschaftspraxen gefördert werden. Selbst wenn sich der Normgeber bei der Einführung des Aufschlags der Fallpunktzahl für Gemeinschaftspraxen von der Erwägung hätte leiten lassen, die mit den Einschränkungen bei der Ordinationsgebühr verbundenen Mindereinnahmen für Gemeinschaftspraxen zu kompensieren, um damit die Attraktivität von Gemeinschaftspraxen gegenüber Praxisgemeinschaften zu steigern, wäre dies nicht zu beanstanden. Dies gelte jedenfalls, solange die Regelungen über die Praxisbudgets nicht insgesamt dazu führen, dass eine Einzelpraxis wirtschaftlich nicht mehr betrieben werden könne. Entsprechend ist auch vorliegend davon auszugehen, dass weder der Bewertungsausschuss noch die Vertragsparteien des Honorarverteilungsvertrages ihren Gestaltungsspielraum bei den Zuschlagsregelungen überschritten haben.

Die Klägerin kann aber auch keine weitergehenden Ansprüche aus dem Urteil des SG vom 2. Juli 2008, [S 12 KA 445/07](#) ableiten. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 9. Dezember 2004, [B 6 KA 44/03 R](#)) ist das in [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) normierte Ziel der angemessenen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen eine von mehreren Vorgaben für die Regelung der gesamtvertraglichen Beziehungen zwischen den vertragsärztlichen Institutionen. Ein Anspruch auf Vergütung in bestimmter Höhe kann daraus nicht hergeleitet werden. Die Zuerkennung höheren Honorars kommt aufgrund des [Artikel 12 Abs. 1 GG](#) i.V.m. dem Gesichtspunkt der angemessenen Vergütung danach erst dann in Betracht, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen gefährdet wird. Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht ersichtlich, zumal - wie auch vom SG unbestritten festgestellt - , für das Fachgebiet der Klägerin im Bezirk der Beklagten bedarfsplanungsrechtlich weiterhin eine Überversorgung besteht und damit die vertragsärztliche Versorgung gewährleistet ist. Für den vorliegenden Rechtsstreit kann der Senat dahingestellt lassen, ob die Honorarverteilung für die Quartale I/03 bis III/04 und I/05 - wie dies seitens des SG in Fortentwicklung der BSG-Rechtsprechung angenommen wurde - im Bereich der KÄV Hessen rechtswidrig ist, weil sie zu Lasten der Neurologen und Psychiater gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstoße. Die Klägerin kann sich jedenfalls nicht darauf berufen, dass die Honorarverteilung im Bereich der KÄV Hessen im Quartal II/05 zu Lasten der Hautärzte gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstößt und deshalb rechtswidrig ist. Der im Falle der Klägerin vorliegende Sachverhalt ist nicht mit dem, der der Entscheidung des SG Marburg vom 2. Juli 2008 zugrunde lag, vergleichbar. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Fachgruppe, als auch hinsichtlich der streitgegenständlichen Zeitraums und der zu Grunde liegenden Honorarverteilungsbestimmungen. Die Feststellungen des SG Marburg bezogen sich auf den Honoraranspruch eines Arztes der Fachgruppe der Neurologen und Psychiater bezogen auf die Quartale I/03 bis III/04 und I/05. Maßgeblich für die Durchführung der Honorarverteilung für die Quartale I und II/03 waren die durch Beschluss der Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 8. und 22. Juni 2002 verabschiedeten Grundsätze der Honorarverteilung mit Geltung ab dem Quartal IV/02, veröffentlicht als Teil 3 der Bekanntmachung vom 25. Juli 2002 (HVM 2002). Für die Quartale ab dem Quartal III/03 bis einschließlich I/05 galten die durch die Beklagte mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 11. Juni 2003 neugefassten Grundsätze der Honorarverteilung, veröffentlicht als Anlage zum Rundschreiben 5/6 der Bekanntmachung vom 25. Juni 2003 (HVM 2003). Letztere wurden ab dem Quartal III/04 gemäß der gesetzlichen Vorgabe in [§ 85 Abs. 4 S. 2 SGB V](#) als Honorarverteilungsvertrag aufgrund einer Vereinbarung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen fortgeführt. Die Klägerin wendet sich jedoch gegen die Höhe des für das Quartal II/05 festgestellten

Honorars, für das erstmals der HVV galt. Bei der Prüfung, ob normative Regelungen der Honorarverteilung den Anforderungen des [Artikel 12 Abs. 1 GG](#) genügen, ist primär auf die generelle Situation der betroffenen Arztgruppe und nicht auf die Ertragsituation einer einzelnen vertragsärztlichen Praxis abzustellen. Die Berücksichtigung der generellen Situation einer Arztgruppe schließt zugleich aus, dass ein Anspruch auf höhere Vergütung mit Erfolg für nur einen kurzen Zeitraum oder für beliebig herausgegriffene Quartale geltend gemacht werden kann. Zur Erfassung der generellen Lage ist die Gesamtsituation der betroffenen Arztgruppe über einen längeren Zeitraum, nämlich über mindestens vier zusammenhängende Quartale zu betrachten (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, Az.: [B 6 KA 44/03 R](#), juris Rdnrn. 140,141; so auch SG Marburg im Urteil vom 2. Juli 2008 - [S 12 KA 445/07](#)). Dementsprechend wird die Reaktionspflicht der KÄVen als Normgeber bei der Honorarverteilung nach der Rechtsprechung des BSG davon abhängig gemacht, dass sich bei einer Arztgruppe ein auf das Honorar mindernd auswirkender dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15% unter das sonstige Durchschnittsniveau ergibt, von dem Punktwertverfall ein wesentlicher Leistungsbereich betroffen ist, die dem Punktwertverfall zu Grunde liegende Mengenausweitung nicht von der Arztgruppe selbst zu verantworten ist und die Honorarrückgänge in dem wesentlichen Leistungsbereich nicht durch andere Effekte kompensiert werden (BSG, Urteil vom 29. August 2007, [B 6 KA 43/06 R](#), Rdnr. 20 m. w. N.). Entscheidend ist danach auf die durchschnittlichen Gesamteinkünfte einer Arztgruppe in einem Bezugszeitraum abzustellen. Demgemäß kann ein Anspruch auf höhere Vergütung nicht auf niedrigere Umsätze eines Arztes und damit zusammenhängend auf eine schlechtere Ertragslage in nur einem Quartal gegründet werden. Eine Rechtswidrigkeit der Honorierung bzw. eine Verpflichtung der Beklagten zu einem steuernden Eingreifen im Hinblick auf den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit kann daher nicht isoliert bezogen auf das Quartal II/05 festgestellt werden. Vielmehr ist für das hier allein streitgegenständliche Quartal II/05, für das erstmals der neue HVV galt, davon auszugehen, dass die Honorarverteilung jedenfalls im Sinne einer Anfangs- und Erprobungsregelung nicht zu beanstanden ist. Der dem Urteil des SG Marburg vom 2. Juli 2008 zugrunde liegende Sachverhalt ist aber auch aus weiteren Gründen nicht mit dem vorliegenden Sachverhalt vergleichbar. Bei den Neurologen und Psychiatern sind nach den Berechnungen des SG in den Jahren 2001 bis 2004 unter Zugrundelegung der durchschnittlichen Kostensätze, des Statistischen Bundesamtes die Einkommen beständig von 90,6 % auf zuletzt 82,7 % gesunken, während das Einkommen der Hautärzte sich auch nach den Darlegungen des Prozessbevollmächtigten der Klägerin während dieses Zeitraums nicht wesentlich verändert hat, es ist lediglich von 86,9 % auf 85,1 % der verglichenen Durchschnittseinkommen gesunken. Damit liegt es aber auch nach den vom SG im Urteil vom 2. Juli 2008 in Fortführung der BSG-Rechtsprechung entwickelten und zugrunde gelegten Maßstäben nicht mehr als 15 % unter den Durchschnittseinkommen vergleichbarer Arztgruppen. Entgegen der Auffassung der Klägerin hat das SG Marburg - unabhängig davon, ob der Senat der dort vertretenen Rechtsauffassung folgt - zu Recht nicht die Fachgruppe der Internisten in seine Vergleichsberechnungen einbezogen. Zu Recht hat die Beklagte darauf hingewiesen, dass es an einer Vergleichbarkeit mit der Fachgruppe der Klägerin fehle. Die Arztgruppe der Internisten ist nach dem hier maßgeblichen Honorarverteilungsvertrag mit Gültigkeit ab dem Quartal II/05 in 6 verschiedene Honorargruppen je nach Schwerpunkttätigkeit eingeteilt. Dementsprechend unterscheidet sich auch deren durchschnittliches Honorar pro Quartal. Im Quartal II/05 hat das Nettohonorar der voll zugelassenen Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie (Honorargruppe B. 2.12) nach den unbestrittenen Darlegungen der Beklagten bei durchschnittlich 43.732,13 EUR und damit nur unwesentlich über dem durchschnittlichen Honorar der Fachgruppe der Klägerin gelegen. Das Nettohonorar der Internisten mit Schwerpunkt Radiologie (Honorargruppe B. 2.8 und B. 2.9) hat dagegen bei 88.993,48 EUR gelegen. Ebenso wenig hat das SG zu Recht mangels Vergleichbarkeit die Fachgruppe der Radiologen einbezogen. Überdies hatte die Fachgruppe der Klägerin im Quartal II/05 im Vergleich zum Vorjahr keine Honorarverluste erlitten. Auch in den Folgequartalen III/2005 bis III/06 lagen keine beständig sinkenden durchschnittlichen Nettohonorare innerhalb der Fachgruppe der Klägerin vor, sondern schwankende Honorare zwischen 35.170, 39 EUR (Quartal III/05) und 40.343,58 EUR (Quartal IV/05), zuletzt 39.978,39 EUR (Quartal IV/06). Für einen erheblichen Kostenanstieg liegen keine hinreichenden Anhaltspunkte vor.

Die Einbehaltung von 0,117 % des Nettohonorars zur Sicherung der allgemeinärztlichen Weiterbildung nach Einführung getrennter Hausarzt-/Facharztöpfe ist rechtmäßig. Insoweit nimmt der Senat auf die Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 28. November 2007 - [B 6 KA 1/07 R](#)) und die zutreffenden Ausführungen des SG gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) ergänzend Bezug.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), die endgültige Streitwertfestsetzung auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§§ 63 Abs. 2 Satz 1, 47, 52 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Die Revision war zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) vorlagen. Der Senat misst der Rechtsfrage, ob der Aufschlag für Gemeinschaftspraxen gemäß Nr. 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 2005 und gemäß III.3.2.2 BRLV (Ermittlung der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen zur Bestimmung des Regelleistungsvolumens) mit höherrangigem Recht vereinbar ist (vgl. anhängiges Revisionsverfahren [B 6 KA 41/08 R](#)), grundsätzliche Bedeutung zu sowie der Frage, ob Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina ausnahmslos zu einem festen im Vorhinein fest vereinbarten Punktwert zu vergüten sind.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2011-08-16