

L 4 KA 86/08

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 539/07
Datum
24.09.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 86/08
Datum
24.06.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 28/09 R
Datum
18.08.2010
Kategorie
Urteil
Bemerkung
und [L 4 KA 85/08](#)

Hessisches Landessozialgericht Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 24. September 2008 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die Revision wird zugelassen. Der Streitwert wird auf 5.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Umstritten ist die Höhe des Honorars des Klägers im Quartal IV/05, wobei sich die Beklagte mit der Berufung gegen die Verpflichtung wendet, sämtliche Leistungen aus Abschnitt III. 4.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen (BRLV) außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten und auf eine Kürzung des Honorars im Rahmen der Ausgleichsregelung gemäß Ziffer 7.5 der Vereinbarung zur Honorarverteilung (HVV) in der ab 1. April 2005 geltenden Fassung zu verzichten.

Nach Ziffer 7.5 des HVV der Beklagten galt folgende Ausgleichsregelung:

"7.5.1 Zur Vermeidung von praxisbezogenen Honorarverwerfungen nach Einführung des EBM 2000 plus erfolgt nach Feststellung der Punktwerte und Quoten gemäß Ziffer 7.2 ein Vergleich des für das aktuelle Abrechnungsquartal berechneten fallbezogenen Honoraranspruches (Fallwert in EUR) der einzelnen Praxis mit der fallbezogenen Honorarzahlung in EUR im entsprechenden Abrechnungsquartal des Jahres 2004 ausschließlich beschränkt auf Leistungen, die dem budgetierten Teil der Gesamtvergütung unterliegen und mit Ausnahme der zeitbezogenen genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen. Bei der Ermittlung des Fallwertes bleiben Fälle, die gemäß Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.1 zur Honorierung kommen, unberücksichtigt. Zeigt der Fallwertvergleich eine Fallwertminderung oder Fallwerterhöhung von jeweils mehr als 5% (bezogen auf den Ausgangswert des Jahres 2004), so erfolgt eine Begrenzung auf den maximalen Veränderungsrahmen von 5%. Die für eine Stützung bei Fallwertminderungen - Einzelheiten siehe Ziffer 7.5.2 - notwendigen Honoraranteile gehen zu Lasten der jeweiligen Honorar(unter)gruppe, der die Praxis im aktuellen Quartal zugeordnet ist, und sind gegebenenfalls durch weitergehende Quotierung der Bewertungen bzw. Punktwerte zu generieren, falls die aus der Begrenzung der Fallwerte auf einen Zuwachs von 5% resultierende Honoraranteile hierfür nicht ausreichen sein sollten. Sollte durch eine solche Quotierung die Fallwertminderung (wieder) auf einen Wert oberhalb von 5% steigen, führt dies zu keinem weitergehenden Ausgleich.

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

7.5.3 Die vorstehende Ausgleichsvorschrift steht im Übrigen unter dem Vorbehalt, dass von Seiten der Verbände der Krankenkassen mindestens eine gegenüber dem Ausgangsquartal vergleichbare budgetierte Gesamtvergütungszahlung geleistet wird und die aufgrund der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 vorzunehmenden Honorarverschiebungen nach Abschluss des Abrechnungsquartals siehe Ziffer 2.5 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.2 - noch ein ausreichendes Honorarvolumen für diese Maßnahme in der

einzelnen Honorar(unter)gruppe belassen".

Der Kläger ist als Facharzt für Anästhesiologie mit Praxissitz in C-Stadt zugelassen. Er führte bis zum Quartal IV/05 eine Einzelpraxis. Seit dem Quartal I/06 ist er mit dem Facharzt für Anästhesiologie Dr. D. D. in einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis tätig.

Die Beklagte setzte in den Quartalen I bis IV/05 das Honorar des Klägers zunächst mit Honorarbescheid vom 28. November 2006 fest, den sie dann wegen verschiedener Neuregelungen zum ambulanten Operieren für das Quartal IV/05 durch den Honorarbescheid vom 06.08.2007 ersetzte.

Für das Quartal IV/05 setzte die Beklagte das Nettohonorar der Klägerin auf insgesamt 62.467,16 EUR fest, das Bruttohonorar betrug bei einer Fallzahl von 321 (Primärkassen - PK und Ersatzkassen - EK) 61.283,43 EUR. Bei einem Fallpunktwert von 1.616,0 Punkten ergab sich bei der zuvor genannten Fallzahl ein praxisbezogenes Regelleistungsvolumen in Höhe von 518.736,0 Punkten, hinter dem das abgerechnete Honorarvolumen von 518.425,0 Punkten zurückblieb.

Unter Anwendung der zuvor zitierten Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV gelangte die Beklagte je Fall zu einem Korrekturbetrag in Höhe von 25,6758 EUR und somit bei 321 Fällen zu einem Honorarkürzungsbetrag in Höhe von insgesamt 8.241,92 EUR.

Mit dem dagegen am 26. Januar 2007 eingelegten Widerspruch wandte sich der Kläger zum einen gegen die Honorarkürzung nach Ziffer 7.5 HVV und begehrte die Vergütung sämtlicher Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens mit einem Punktwert von 5,11 Cent, der der Kalkulation der Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ab 1. April 2005 (EBM 2000 plus) zugrunde gelegen habe. Zwar habe die Beklagte im HVV für die innerhalb des Regelleistungsvolumens abzurechnenden Leistungen einen Punktwert von 4,0 Cent mit den Krankenkassen vereinbart, dieser sei aber nach dem HVV weiter quotiert worden und habe im Bereich der PK 2,344 Cent und im Bereiche der EK 3,087 Cent betragen. Außerdem verstoße der Honorarbescheid gegen das Transparenzgebot, weil nicht nachvollziehbar sei, welche abgerechneten Leistungen innerhalb oder außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet worden seien.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23. November 2007 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 18. Dezember 2007 beim Sozialgericht Marburg Klage erhoben, mit der er weiterhin ein höheres Honorar mit der Begründung angestrebt, innerhalb des Regelleistungsvolumens habe keine Quotierung erfolgen dürfen und die Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV sei rechtswidrig, soweit sie zu einer Honorarkürzung führe. Die Beklagte habe außerdem Ziffer III 4.1 BRLV nicht umgesetzt, weil sie danach außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergütende Leistungen, wie etwa das Aufsuchen eines Kranken durch Anästhesiologen (Nr. 05230 EBM), innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet habe.

Anfang 2008 berechnete die Beklagte die Abrechnung des Quartals IV/05 neu unter zusätzlicher Berücksichtigung von ca. 500 Operations-Codes (Begleit- bzw. Ankündigungsschreiben vom 14. Januar 2008, Abrechnung Stand 7. Februar 2008, Honorarbescheid vom 06.08.07) unter Beibehaltung der vorliegend umstrittenen Berechnungspunkte.

Mit Urteil vom 24. September 2008 hat das Sozialgericht Marburg die Beklagte unter Abänderung ihres Honorarbescheids für das Quartal IV/05 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. November 2007 verurteilt, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Im Übrigen hat es die Klage als unbegründet abgewiesen.

Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, der angegriffene Honorarbescheid sei rechtswidrig, weil die Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV, jedenfalls soweit sie zu Kürzungsbeträgen führe, gegen höherrangiges Recht verstoße. Nach [§ 85 Abs. 4 S. 1 SGB V](#) bestimme der Bewertungsausschuss Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung nach [§ 85a Abs. 4 SGB V](#). Dem sei der Bewertungsausschuss u. a. durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) (BRLV) mit Wirkung zum 1. Januar 2005 nachgekommen (DÄBl. 2004, Heft 46, S. A-3129). Hierbei handle es sich um verbindliche Vorgaben, die von der Beklagten zu beachten seien. Der BRLV sei gemäß [§ 85 Abs. 4 S. 10 SGB V](#) Bestandteil des HVV und gehe als bundeseinheitliche Regelung einer eventuell abweichenden vertraglichen Regelung im HVV vor (Hinweis auf SG Marburg, Urteil vom 26. September 2007, [S 12 KA 822/06](#) und Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 23. April 2008, [L 4 KA 69/07](#), Juris, Revision beim BSG anhängig, [B 6 KA 31/08 R](#)). Die Kürzungsregelung unter Ziffer 7.5 HVV führe faktisch zu einem praxisindividuellen Individualbudget und verstoße damit gegen die Honorarverteilungsregelungen im BRLV. Auf die Ausnahmeregelung unter Ziffer III 2.2 BRLV könne sich die Beklagte insoweit nicht berufen, denn danach hätten nur bereits vor dem 1. April 2005 bestehende Steuerungsinstrumente noch bis zum 31. Dezember 2005 fortgeführt werden können, Ziffer 7.5 HVV sei aber erst zum 1. April 2005 als Ausgleichsregelung zur Einführung des EBM 2000 plus geschaffen worden. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) zur Verbindlichkeit der Bestimmungen des EBM für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄV) bei der Aufstellung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM), wonach ein HVM, der sich in Widerspruch zu verbindlichen Vergütungsvorgaben des EBM setzt, rechtswidrig und nichtig ist (Hinweis auf BSG, Urteil vom 8. März 2000, [B 6 KA 7/99 R](#), Juris Rdnr. 34-36), sei entsprechend auf die Beachtung des BRLV durch die KÄV zu übertragen. Damit gehe auch das BSG davon aus, dass der Bewertungsausschuss verbindliche Vorgaben für die Honorarverteilung zu erlassen habe. Dass es sich hierbei um bloße "Empfehlungen" handle, lasse sich weder aus dem Gesetz noch aus der Rechtsprechung herleiten. Auf eine von Anfang an rechtswidrige Regelung seien aber auch die Grundsätze einer sogenannten Anfangs- und Erprobungsregelung nicht anzuwenden.

Ferner sei der Honorarbescheid rechtswidrig, soweit die Beklagte Leistungen, die nach Abschnitt III.4.1 BRLV außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten seien, innerhalb desselben vergütet habe. Die nach Ziffer 6.4 HVV nicht innerhalb des Regelleistungsvolumens sondern zu festen Punktwerten zu vergütenden Leistungen umfassten nur zum Teil die in Abschnitt III. 4.1 BRLV aufgeführten Leistungen. Hierdurch sei auch die Berechnung des Regelleistungsvolumens fehlerhaft. Die Beklagte sei insoweit zur Neubescheidung (des Honoraranspruchs des Klägers für das Quartal I/06) verpflichtet.

Im Übrigen jedoch sei die Klage als unbegründet abzuweisen gewesen. Der Honorarbescheid sei ausreichend begründet, er enthalte die für die Berechnung des Honorars maßgeblichen Faktoren: die Honoraranforderung, von der die Beklagte ausgegangen sei, das Ergebnis der durchgeführten Honorarbegrenzungsmaßnahmen, die zu Grunde gelegten Punktwerte und die vorgenommenen Abzüge. Auch soweit die

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

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

Die Kammer halte die Vertragsparteien des Honorarverteilungsvertrages aber für gerade noch befugt, diesen Punktwert zu quotieren, d. h. davon abhängig zu machen, welches Honorarvolumen den abgerechneten Leistungen gegenübersteht, soweit die Quotierung auf honorarvertraglicher Grundlage erfolgt. Aber auch unterstellt, es sei von einer Rechtswidrigkeit der Quotierungsregelungen auszugehen, so bestehe kein Anspruch auf eine Vergütung zu einem Punktwert von 4 Ct. Die Regelungen zur Festvergütung von 4 Ct. und zur Quotierung bildeten insofern eine Einheit. Hielte man eine Quotierung für unzulässig, so könne die Beklagte bzw. die Vertragsparteien nur verpflichtet werden, einen festen Punktwert rückwirkend festzusetzen bzw. zu vereinbaren, der aber angesichts der begrenzten Gesamtvergütung nicht höher als der im Ergebnis quotierte Punktwert liegen könne.

Es habe auch keine Verpflichtung zur Auszahlung eines festen Punktwerts von 5,11 Ct. 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. Soweit der EBM 2005 auf der Grundlage einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation mit einem Punktwert von 5,11 Ct. erstellt worden sei, handele es sich um eine Rechengröße. Eine Rechtsgrundlage für einen Anspruch auf Auszahlung eines festen Punktwerts sei nicht ersichtlich. Vielmehr beschränke sich der Anspruch des Vertragsarztes auf die Teilnahme an der Honorarverteilung und beziehe sich nicht auf einen bestimmten Honoraranspruch ([§ 85 Abs. 4 SGB V](#)).

Auch soweit sich der Kläger letztlich gegen eine zu geringe Vergütung seiner Leistungen wende, könne dies keinen höheren Honoraranspruch begründen.

Gegen das ihr am 6. Oktober 2008 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 16. Oktober 2008 Berufung zum Hessischen Landessozialgericht in Darmstadt eingelegt.

Sie hält die Auffassung des Sozialgerichts und auch des erkennenden Senats zur Bindungswirkung des BRLV für unzutreffend. Der Beklagten habe außerdem im Rahmen einer Anfangs- und Erprobungsregelung ein erweiterter Gestaltungsspielraum zugestanden, der ihr Abweichungen von den Vorgaben des BRLV im geschenehen Umfang erlaubt habe. Außerdem sei ihr durch den BRLV an verschiedenen Stellen ein weiter Ermessensspielraum eingeräumt. Im Übrigen stehe der Katalog unter III. 4.1 BRLV selbst im Widerspruch zu den gesetzlichen Vorgaben und sei daher rechtswidrig. Der Handlungsspielraum des Bewertungsausschusses ergebe sich aus [§ 85 Abs. 4a SGB V](#). Danach habe dieser Kriterien für die Verteilung der Gesamtvergütung nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) festzulegen, " ... diese aber insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung bzw. den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 S. 4](#), 6,7, und [8 SGB V](#) zu treffenden Regelungen zu bestimmen". [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) stelle bereits eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage für die Einführung der Regelleistungsvolumina durch die Vertragspartner dar, die nicht hinsichtlich einzelner Leistungen beschränkt sei. Eine Ermächtigung des Bewertungsausschusses, bestimmte Leistungen von der Systematik des Regelleistungsvolumens auszunehmen, enthalte das Gesetz nicht. Der Verteilungsmaßstab habe Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen. Nach dem Wortlaut des Gesetzes seien insbesondere arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztgruppe erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten seien (Regelleistungsvolumina). Soweit der erkennende Senat in seiner Entscheidung vom 23. April 2008 ([L 4 KA 69/07](#)) davon ausgehe, Regelleistungsvolumina seien nicht die einzige Gestaltungsmöglichkeit für mengenbegrenzende Regelungen, wie sich aus der einleitenden Formulierung "insbesondere" ergebe, möge dies auf den ersten Blick einleuchten. Hiergegen spreche jedoch bereits der vom Senat gleichfalls angenommene und seiner Entscheidung zu Grunde gelegte gesetzgeberische Wille, Regelleistungsvolumen verbindlich vorzuschreiben. Aber selbst wenn Regelleistungsvolumina nicht die einzigen zulässigen Gestaltungsmöglichkeiten in diesem Zusammenhang seien, sei der Bewertungsausschuss nicht ermächtigt, einzelne Leistungen vom Regelleistungsvolumen auszunehmen. Der Bewertungsausschuss sei lediglich befugt, Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen, nicht jedoch festzulegen, welche Leistungen einer übermäßigen Ausdehnung nicht zugänglich seien. Bundeseinheitlich vorgegeben werden dürften lediglich solche Vergütungsstrukturen, die einer bundeseinheitlichen Regelung bedürften. Der Beklagten stehe zusammen mit den Verbänden der Krankenkassen insoweit eine eigene Gestaltungsfreiheit zu. Außerdem habe der Bewertungsausschuss auch Leistungen vom Regelleistungsvolumen ausgenommen, die durchaus einer Mengenausweitung zugänglich seien. Es liege nahe, dass hier bestimmte Leistungen gefördert werden sollten. Hierbei handle es sich jedoch um sachfremde Erwägungen, mit denen der Bewertungsausschuss die eigene Gestaltungsbefugnis überschreite. Die Ausgleichsregelung unter Ziffer 7.5 HVV sei auch rechtmäßig, soweit dort Kürzungsbeträge vorgesehen seien. Insoweit sei es nicht möglich, danach zu differenzieren, ob ein Ausgleichsbetrag zu gewähren oder ein Kürzungsbetrag abzuziehen sei. Auch insoweit komme dem BRLV keine Bindungswirkung zu. Schließlich stehe der Beklagten nach der Rechtsprechung des Senats unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung insoweit ein besonders weiter Ermessensspielraum zu (Hinweis auf Urteil vom 26. November 2008, [L 4 KA 14/08](#)).

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 24. September 2008 abzuändern und die Klage insgesamt abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Er stützt sich auf die Entscheidungsgründe des angegriffenen Urteils und trägt ergänzend vor, dass der Bewertungsausschuss gemäß [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) zur Bestimmung der Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen ermächtigt und hierbei nicht auf mengenbegrenzende Regelungen beschränkt sei. Bei der Regelung unter Ziffer 7.5 HVV handle es sich um eine zum 1. April 2005 eingeführte Neuregelung und nicht um die Fortführung einer bereits bestehenden Regelung. Der im Zusammenhang mit der Einführung von Anfangs- und Erprobungsregelungen bestehende Gestaltungsspielraum erstreckte sich nicht auf den Erlass rechtswidriger Regelungen wie etwa der Einbeziehung von Leistungen gemäß III.4.1 BRLV in die Regelleistungsvolumina. In der Berufungsbegründung habe die Beklagte schließlich

selbst eingeräumt, dass die Klägerin Leistungen (nach 05230 EBM 2000 plus) abgerechnet habe, die die Beklagte entgegen III.4.1 BRLV innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet habe. Seine Ermittlungspflichten habe das Sozialgericht nicht verletzt, denn es sei nicht gehalten, im einzelnen Art und Anzahl der bezüglich der Klägerin falsch berechneten Punktzahlen sowie die gesondert zu vergütenden Leistungen zu ermitteln.

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

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist sachlich unbegründet.

Das angegriffene Urteil des Sozialgerichts ist im streitig gebliebenen Umfang rechtmäßig und zutreffend begründet. Der Senat nimmt daher zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Entscheidungsgründe des angegriffenen Urteils, die er sich zu Eigen macht, Bezug und sieht von einer erneuten Darstellung derselben ab ([§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)).

Entgegen der Auffassung der Beklagten hat das Sozialgericht den Untersuchungsgrundsatz nicht verletzt, denn unter Berücksichtigung des eigenen Vortrages der Beklagten steht fest, dass sie jedenfalls auch im Falle des Klägers Leistungen aus dem Abschnitt III. 4.1 BRLV im Regelleistungsvolumen vergütet hat, ohne hierzu befugt zu sein. Soweit das Gericht hierzu keine weiteren Ermittlungen und Berechnungen durchgeführt und die Beklagte nur zur Neubeschheidung verurteilt hat, ist diese jedenfalls nicht beschwert. Darüber hinaus steht der Beklagten im Zusammenhang mit der Ausgestaltung der Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV ein Ermessen zu, so dass Spruchreife im Honorarstreit ohnehin nicht herzustellen war, denn insoweit handelt es sich nur um unterschiedliche Elemente der Honorarberechnung. Außerdem kann auch nach der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG Urteil vom 10. Dezember 2008, [B 6 KA 45/07 R](#), Juris Rdnr. 29 ff.), der der erkennende Senat folgt, insbesondere auch im Hinblick auf Honorarstreitigkeiten unter bestimmten Voraussetzungen bei der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage auch im Bereich der gebundenen Verwaltung ein Bescheidungs Urteil statthaft sein.

Das Urteil des SG ist auch im Übrigen rechtlich nicht zu beanstanden.

Die Honorarbescheide für das Quartal IV/05 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. November 2007 sind insoweit rechtswidrig, als die Beklagte die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegenden Leistungen, wie etwa das Aufsuchen eines Kranken durch Anästhesiologen (Nr. 05230 EBM) entgegen den Vorgaben in Abschnitt III.4.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet hat.

Nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14. November 2003, BGBl I S. 2190 mit Gültigkeit ab 1. Januar 2005, verteilt die Kassenärztliche Vereinigung in der vertragsärztlichen Versorgung die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an die Vertragsärzte ([§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab (vorliegend der HVV) an ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat unter anderem Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen ([§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#)). Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina, [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#)). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird ([§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#)). Nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) bestimmt der Bewertungsausschuss Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), unter anderem erstmalig bis zum 29. Februar 2004 auch den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4](#), 6, 7 und 8 SGB V zu treffenden Regelungen. Die nach [§ 85 Abs. 4](#) a SGB V zu beschließenden bundeseinheitlichen Vorgaben für die regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe sind nach [§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#) Bestandteil der an die Stelle der bisherigen Beschlussfassung durch die kassenärztlichen Vereinigungen tretenden HVM-Vereinbarungen nach [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) in der Fassung des GMG, was in seiner rechtlichen Bindungswirkung der Vereinbarung des Bundesmanteltarifvertrages als "allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge" nach [§ 82 Abs. 1 SGB V](#) entspricht. Dabei kommen im Falle einer divergenten Regelung den bundeseinheitlichen Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses der Vorrang zu. Die Vertragspartner des HVV waren und sind an die Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses in der Weise gebunden, dass sie rechtswirksam keine abweichenden Regelungen treffen konnten (vgl. Urteil des erkennenden Senats vom 23. April 2008, [L 4 KA 69/07](#); BSG, Urteil vom 28. Januar 2004, [B 6 KA 52/03 R](#)).

Der Bewertungsausschuss ist u. a. mit dem Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - SGB V](#) - mit Wirkung zum 1. Januar 2005 (BRLV) seinen Regelungsverpflichtungen nach [§ 85 Abs. 4 a SGB V](#) nachgekommen. Darin bestimmt er, dass Regelleistungsvolumina gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) arztgruppenspezifische Grenzwerte sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum im jeweiligen Kalenderjahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (gegebenenfalls jeweils) vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten sind, überschreitende Leistungsmengen sind mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergüten (III. 2. 1 BRLV). Für die in Anlage 1 genannten Arztgruppen sind im Honorarverteilungsvertrag die nachfolgend genannten Regelleistungsvolumina zu vereinbaren, für die dieser Beschluss die Inhalte der Regelungen vorgibt (III.3.1 Abs. 1 BRLV).

Bereits in seinem Urteil vom 23. April 2008, [a. a. O.](#), hat der Senat klargestellt, dass der BRLV selbst rechtmäßig ist, sich im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage hält und die Grenzen des bestehenden Gestaltungsspielraums wahrt. Auf die dortige Begründung wird Bezug genommen. Regelleistungsvolumina sind nicht die einzige Gestaltungsmöglichkeit für Mengen begrenzende Regelungen, wie sich aus der einleitenden Formulierung "insbesondere" ergibt (siehe bereits BSG Urteil vom 10. Dezember 2003 a. a. O. sowie Hess in Kasseler Kommentar, [§ 85 Rdnr. 70](#) (Stand Mai 2003), auch wenn der Gesetzgeber diese verbindlich vorschreiben wollte (vgl. [BT-Drucks. 15/1525](#), a. a. O.). Abgesehen von einigen Sonderregelungen für bestimmte Leistungen beinhalten die gesetzlichen Regelungen jedoch keinen konkreten (auf einzelne Leistungsarten oder Arztgruppen bezogene) Abwägungen im Hinblick auf kumulierende oder divergente

Steuerungsinstrumente, auf Maßnahmen der Bedarfsteuerung und hinsichtlich der übergeordneten Ziele der leistungsgerechten Honorarverteilung ([§ 85 Abs. 4 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V](#)) und der Honorargerechtigkeit. [§ 85 Abs. 4](#) Sätze 6 und [7 SGB V](#) sind daher verfassungskonform im Zusammenhang mit der Befugnis des Bewertungsausschusses zur Bestimmung des Inhalts der hiernach zu treffenden Regelungen ([§ 85 Abs. 4a SGB V](#)) zu interpretieren. Diese Kompetenz des Bewertungsausschusses zur Inhaltsbestimmung von Mengen begrenzenden Regelungen umfasst auch die Kompetenz und Verpflichtung, den aus [Artikel 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Artikel 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) abzuleitenden Grundsätzen der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der Leistungsgerechtigkeit der Honorarverteilung Rechnung zu tragen. Daher kann der Auffassung der Beklagten, bei einer grundsätzlich dem Regelleistungsvolumen unterliegenden Arztpraxis hätten durch den Bewertungsausschuss alle ärztlichen Leistungen ohne Ausnahme dem Regime des Regelleistungsvolumens unterworfen werden müssen, weshalb der Beschluss des Bewertungsausschusses rechtswidrig sei, nicht gefolgt werden. Im Ergebnis hat damit der Bewertungsausschuss mit der Herausnahme bestimmter Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen gemäß Abschnitt III.4.1 BRLV seine Befugnisse nicht überschritten, auch wenn einzelne dort aufgeführte Leistungen einer Mengenausweitung zugänglich sein mögen.

Der Honorarbescheid für das Quartal IV/05 ist auch insoweit rechtswidrig, als die Honorarkürzung auf Ziff. 7.5 HVV gestützt worden ist. Die in Ziff. 7.5 HVV geregelte Honorarkürzung verstößt gegen zwingende Vorgaben des BRLV und ist nicht durch die Ermächtigungsgrundlage in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) i. V. m. [Art. 12 GG](#) gedeckt.

Nach Wortlaut und Zweck der Neufassung des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) durch das GMG ist davon auszugehen, dass die Gestaltungsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Vertragspartner bei der Honorarverteilung nunmehr jedenfalls insoweit eingeschränkt ist, als für alle Honorarverteilungsverträge Regelleistungsvolumina nach arztgruppenspezifischen Grenzwerten und eine Vergütung der den Grenzwert überschreitenden Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten verbindlich vorgegeben worden sind. Die bis dahin verwendeten Steuerungsinstrumente sind nur noch einsetzbar, wenn sie das System der Regelleistungsvolumina und abgestaffelten Punktwerte ergänzen, nicht jedoch zu ihnen im Widerspruch stehen (vgl. auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 29. Oktober 2008, [L 5 KA 2054/08](#)). Die Inhaltsbestimmung durch den Bewertungsausschuss gemäß [§ 85 Abs. 4](#) a Satz 1 2. Halbsatz SGB V hat sich ebenfalls an den gesetzlichen Vorgaben zu orientieren.

Die im Rahmen der Ziff. 7.5 HVV geregelte Honorarkürzung ist nicht mit dem in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in der Fassung des GMG sowie im BRLV als Teil des HVV verbindlich vorgegebenen System der Regelleistungsvolumina nach arztgruppenspezifischen Grenzwerten und der abgestaffelten Restleistungsvergütung vereinbar und stellt auch keine zulässige Ergänzung zu diesem System dar. Zum einen wurde vom SG zutreffend davon ausgegangen, dass die Ausgleichsregelung für Praxen, die zu Kürzungsbeträgen herangezogen wurden, praktisch eine Vergütung nach einem praxisindividuellen Individualbudget darstellt, das aus dem Produkt von Fallwert im Referenzquartal und aktueller Fallzahl errechnet wurde. Individualbudgets sind jedoch mit dem System der Regelleistungsvolumina nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in der Fassung des GMG nicht vereinbar, da ihnen keine arztgruppenspezifischen Grenzwerte zu Grunde liegen, bis zu denen die Leistungen des Vertragsarztes bzw. hier der Gemeinschaftspraxis mit einem festen Punktwert zu vergüten sind, und für eine eventuell überschreitende Leistungsmenge keine (abgestaffelte) Restleistungsvergütung vorgesehen ist (vgl. auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 29. Oktober 2008, [L 5 KA 2054/08](#)). So führte im Falle des Klägers die Anwendung von Ziff. 7.5 HVV im Quartal IV/05 zu vom Fallwert im Referenzquartal abgeleiteten Fallwertbegrenzungen ohne Restleistungsvergütung.

Zum anderen ist nach der Rechtsprechung des BSG eine Honorarverteilungsregelung, durch die der Honoraranspruch bei Praxen mit hohem Fallwert vermindert wird, wegen des alleinigen Anknüpfens an den Fallwert durch [§ 85 Abs. 4 Abs. 1 SGB V](#) i.V.m. [Artikel 12 GG](#) nicht gedeckt (BSG, Urteil vom 24. August 1994, [6 RKA 15/93](#), veröffentlicht in Juris). Die in Ziff. 7.5 geregelte Honorarkürzung steht nicht mit der Ermächtigungsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in der nach dem GMG maßgeblichen Neufassung in Einklang. Auch nach der Neufassung des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass das Gesetz eine andere Verteilung der Gesamtvergütung als nach den Gesichtspunkten der Qualität und Quantität der vom abrechnenden Arzt erbrachten Leistungen zulassen wollte. Für eine Berücksichtigung der Einkommenssituation finden sich im Gesetzeswortlaut keine Anhaltspunkte. Auch die gesetzliche Zielvorgabe zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes ([§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#)) bietet keine Rechtsgrundlage dafür, dass von besonders ertragreichen Praxen (übermäßig ausgedehnten Praxen) ein bestimmter Übermaßbetrag abgezogen, und anderen Praxen, die nicht übermäßig ausgedehnt sind, zugewiesen wird. Vielmehr ist davon auszugehen, dass durch diese gesetzliche Vorgabe bereits das Entstehen solcher Übermaßbeträge durch übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes verhindert werden soll (BSG, a. a. O., Rdnr. 28).

Die in Ziff. 7.5 HVV geregelte Honorarkürzung entspricht nicht den inhaltlichen Anforderungen einer wirksamen Berufsausübungsregelung nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. Von einer Vereinbarkeit mit [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) kann ausgegangen werden, wenn die Regelung zur Erreichung des angestrebten Ziels erforderlich, geeignet sowie den betroffenen Ärzten zumutbar ist. Die in Ziff. 7.5 HVV geregelte Honorarkürzung ist für den angestrebten Zweck weder geeignet noch zumutbar. Ziel der nach der Ermächtigungsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vorzunehmenden Honorarverteilung ist unter anderem die Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes. Nach der Rechtsprechung des BSG kann jedoch nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass ein erheblich über dem Durchschnitt liegender Fallwert ein Indiz dafür ist, dass der betreffende Arzt seine Leistungen über das medizinisch Erforderliche hinaus ausgedehnt hatte und weiter ausdehnen würde, während dies bei Ärzten mit durchschnittlichem oder unterdurchschnittlichem Fallwert nicht zu befürchten ist (BSG, a. a. O., Rdnr. 29). In diesem Zusammenhang hat das BSG ausgeführt, dass durch die Anknüpfung einer Regelung ausschließlich an die Höhe der durchschnittlichen Vergütung pro Behandlungsfall, nicht auch an das Gesamthonorar, diese nicht lediglich zu einer Stützung einkommensschwacher Praxen, sondern auch von Praxen mit hoher Fallzahl, führt, sofern die Punktzahl je Behandlungsfall unter dem Durchschnittswert der Fachgruppe lag. Umgekehrt führt eine solche Regelung bei Praxen mit geringer Fallzahl, bei denen der Fallwert z. B. wegen Spezialisierung über dem Durchschnittswert lag, ungeachtet der möglicherweise schlechten Ertragssituation zu weiteren Honorarbegrenzungen. Darüber hinaus ist das BSG davon ausgegangen, dass derartige Maßnahmen der Regulierung den freien Wettbewerb zwischen den Ärzten beeinträchtigen und nach Ausmaß und Intensität so weit in [Artikel 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) eingreifen, dass sie nicht mehr von der KÄV als Vertreterin von Verbandsinteressen vorgeschrieben werden dürften (BSG, a. a. O., Rdnr. 30). Auch wenn in der vom BSG entschiedenen Fallgestaltung die Ausgleichsregelung an dem durchschnittlichen Fachgruppenwert und nicht wie vorliegend am praxisindividuellen Fallwert des Referenzquartals anknüpfte, und der HVV von der Beklagten zusammen mit den Kassenverbänden vereinbart wird, führt dies nicht zu einer anderen Beurteilung. Ebenso wenig wie in der vom BSG entschiedenen Fallgestaltung kann vorliegend davon ausgegangen werden, dass eine Überschreitung des Fallwerts des Referenzquartals von mehr als 5 % für sich betrachtet bereits ein Indiz dafür ist, dass der betreffende Arzt seine Leistungen über das medizinisch Erforderliche hinaus

ausgedehnt hatte und weiter ausdehnen würde, während dies bei Ärzten innerhalb oder bei Unterschreiten des entsprechenden Korridors von vornherein nicht der Fall ist. Entsprechend der Rechtsprechung des BSG führt die Anknüpfung der Regelung der Ziff. 7.5 HVV ausschließlich an die Höhe der praxisindividuellen Fallwerts im Referenzquartal, nicht auch an das Gesamthonorar, nicht lediglich zu einer Stützung einkommensschwacher, sondern auch von Praxen mit hoher Fallzahl und geringeren Fallwerten. Es bleibt daher auch in dieser Konstellation dabei, dass die Regelung einer Minderung des Honoraranspruchs bei Praxen mit hohem Fallwert wegen des alleinigen Anknüpfens an den Fallwert durch [§ 85 Abs. 4 Abs. 1 SGB V](#) i.V.m. [Artikel 12 GG](#) nicht gedeckt ist, auch nicht mit der Zielsetzung des Bestandsschutzes. Es kann dahinstehen, ob eine derartige Regelung im Rahmen der Individualbudgetierung zulässig ist, wie dies von der Beklagten unter Berufung auf das BSG-Urteil vom 9. Dezember 2004, [B 6 KA 44/03](#) vertreten wird, wenn sie wie vorliegend keine zulässige Ergänzung zu den verbindlich geltenden Regelleistungsvolumina darstellt. Die Beklagte kann sich zur Stützung ihrer entgegenstehenden Rechtsauffassung auch nicht auf den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach [§ 87 Abs. 4 SGB V](#) in seiner 9. Sitzung am 15. Januar 2009 zur Umsetzung und Weiterentwicklung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina nach [§ 87 b Abs. 2](#) und 3 SGB V mit Wirkung vom 1. Januar 2009 berufen, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam und einheitlich mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen (Partner der Gesamtverträge) im Rahmen eines so genannten Konvergenzverfahrens eine schrittweise Anpassung der Regelleistungsvolumina beschließen, sofern Honorarverluste durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik begründet sind. Der Beschluss ist weder im Hinblick auf seinen Geltungszeitraum noch inhaltlich auf den vorliegenden Sachverhalt anwendbar. [§ 87 b SGB V](#) wurde mit Wirkung vom 1. April 2007 eingeführt und regelt die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab 1. Januar 2009 sowie die Festlegung arzt- und praxisbezogener Regelleistungsvolumina ([§ 87 b Abs. 1 - 3 SGB V](#)). Nach [§ 87 b Abs. 4 SGB V](#) hatte der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach [§ 87 b Abs. 2](#) und 3 SGB V sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten zu bestimmen. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009 beinhaltet lediglich die Umsetzung und Weiterentwicklung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina, wobei es sich um eine mit dem vorherigen System der Regelleistungsvolumina nach arztgruppenspezifischen Grenzwerten nicht vergleichbare neue Systematik handelt. Rückschlüsse auf die Rechtmäßigkeit der in Ziff. 7.5 HVV geregelten und von der Beklagten vorgenommenen Honorarkürzung können daraus nicht gezogen werden. Unabhängig davon ist Regelungsinhalt der Ziff. 7.5 HVV nicht die Anpassung von Regelleistungsvolumina, sondern der Ausgleich von Honorarverlusten u. a. durch praxisindividuelle Fallwertbegrenzungen und dadurch resultierende Honorarkürzungen auch bei Praxen, die keinem Regelleistungsvolumen unterliegen. Nachdem die Beklagte und die Kassenverbände bereits ab dem Quartal II/05 in Ziff. 6.3 HVV und der Anlage hierzu die Einführung der Regelleistungsvolumina nach arztgruppenspezifischen Grenzwerten vereinbart und umgesetzt haben, die in Ziff. 7.5 HVV geregelte Honorarkürzung dieses System jedoch nicht in zulässiger Weise ergänzt, ist die Regelung auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung wirksam. Aus dem Urteil des erkennenden Senats vom 26. November 2008, [L 4 KA 14/08](#) folgt entgegen der Auffassung der Beklagten keine andere Beurteilung. Vielmehr hat der Senat im vorgenannten Urteil bereits darauf hingewiesen, dass die von der Beklagten mit den Kassenverbänden zu vereinbarende notwendige Ergänzung des HVV 2005 in Bezug auf junge Praxen auch in einer vollständigen Umgestaltung oder Abschaffung der unter Ziffer 7.5 HVV getroffenen Regelung bestehen könnte, die vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 24. August 1994, [L 6 RKA 15/93](#), Juris Rdnrn. 27-31 zur "Segeberger Wippe") zumindest bis zur Änderung des HVV ab dem Quartal II/07 ohnehin als fragwürdig erscheinen möge. Die hinsichtlich der Honorarkürzung nicht von der Ermächtigungsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) i. V. m. [Art. 12 GG](#) gedeckte Regelung der Ziff. 7.5 kann auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung Geltung beanspruchen.

Mit der in Ziff. 7.5 HVV geregelten Honorarkürzung werden nicht bisher vorhandene Steuerungsinstrumente im Sinne der Ausnahmeregelung in Ziff. III.2.2 BRLV fortgeführt. Zum einen haben die Beklagte und die Kassenverbände bereits ab dem Quartal II/05 in Ziff. 6.3 HVV und der Anlage hierzu Regelleistungsvolumina nach arztgruppenspezifischen Grenzwerten und damit neue Steuerungsinstrumente vereinbart. Zum anderen wurde eingangs bereits dargelegt, dass die bis dahin verwendeten Steuerungsinstrumente nur noch einsetzbar sind, wenn sie das System der Regelleistungsvolumina nach arztgruppenspezifischen Grenzwerten und einer Restleistungsvergütung nach abgestaffelten Punktwerten zulässig ergänzen, was hinsichtlich der in Ziff. 7.5 HVV geregelten Honorarkürzung nicht der Fall ist. Nachdem Ziff. 7.5 HVV hinsichtlich der Honorarkürzung nicht von der Ermächtigungsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) i. V. m. [Art. 12 GG](#) gedeckt ist, kann die Regelung insoweit auch nicht auf der Grundlage der Ziff. III.2.2 BRLV Geltung beanspruchen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Der Streitwert war endgültig mangels konkreter Anhaltspunkte auf 5.000,00 EUR festzusetzen ([§ 197a SGG](#) i.V.m. [§§ 47, 52 Abs. 2, 63 Abs. 2 S. 1](#) Gerichtskostengesetz - GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-10