

## L 4 KA 110/08

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
Hessisches LSG  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 476/07  
Datum  
22.10.2008  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 110/08  
Datum  
24.06.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 26/09 R  
Datum  
18.08.2010  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 22. Oktober 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:

Die Beteiligten streiten über die Honorarhöhe in den Quartalen III und IV/05, insbesondere die Rechtmäßigkeit der Einbeziehung der Leistungen nach Nrn. 01600, 01601 und 01602 EBM 2005 (ärztliche Berichte, Arztbriefe, Gebühren für Mehrfertigungen) in das Regelleistungsvolumen sowie einer Honorarkürzung nach Ziff. 7.5 HVV.

Der Kläger ist zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxisarzt in A-Stadt zugelassen. Er nimmt als Internist an der fachärztlichen Versorgung teil.

Nach dem Honorarbescheid vom 12. August 2006 betrug das Nettohonorar des Klägers im Quartal III/05 35.885,72 EUR bei einem angeforderten Honorarvolumen auf der Basis des EBM 2005 von 62.832,20 EUR (oberer Punktwert der Allgemeinen Leistungen im Rahmen des Regelleistungsvolumens PK/EK 2,796/3,103 Cent). Der Punktwert für die Leistung nach Nr. 13421 EBM 2005 - koloskopischer Komplex - betrug 2,796/3,103 Cent (PK/EK). Eine fallzahlabhängige Quotierung gemäß Ziff. 5.2.1 HVV wurde im Quartal III/05 nicht durchgeführt. Das abgerechnete Honorarvolumen in Punkten überschritt das praxisbezogene Regelleistungsvolumen um 147.902,5 Punkte (31,1%). Eine Honorarkürzung nach Ziff. 7.5 HVV fand nicht statt.

Nach dem Honorarbescheid vom 28. November 2006 betrug das Nettohonorar des Klägers 51.528,91 EUR im Quartal IV/05 bei einem angeforderten Honorarvolumen auf der Basis des EBM 2005 von 80.993,10 EUR (oberer Punktwert der Allgemeinen Leistungen im Rahmen des Regelleistungsvolumens PK/EK 3,038/3,663 Cent). Der Punktwert für die Leistung nach Nr. 13421 EBM 2005 betrug 4,135/4,444 Cent (PK/EK). Auch im Quartal IV/05 wurde keine fallzahlabhängige Quotierung gemäß Ziff. 5.2.1 HVV durchgeführt. Das abgerechnete Honorarvolumen in Punkten überschritt das praxisbezogene Regelleistungsvolumen um 243.187 Punkte (Überschreitung um 40,2%). Das Honorar wurde gemäß Ziff. 7.5 in Höhe von 121,34 EUR gekürzt.

Der Kläger legte jeweils Widerspruch gegen die vorgenannten Bescheide ein und hielt die Vergütungsstruktur des EBM 2005 für rechtswidrig. Die Ermittlung der Fallpunktzahlen sei nicht nachvollziehbar und fehlerhaft. Entgegen der gesetzlichen Vorgabe würden innerhalb des Regelleistungsvolumens keine festen Punktwerte vergütet, es werde nach dem - rechtswidrigen - HVV nicht der Punktwert von 5,11 Cent, auf dessen Grundlage die Version des EBM 2005 betriebswirtschaftlich kalkuliert sei, ausbezahlt. Eine angemessene Honorierung seiner Leistungen erfolge nicht. Ferner widerspreche die Quotierung der kurativen Koloskopien der Bundesempfehlung, wonach die hohe Koloskopie außerhalb der Regelleistungsvolumina mit einem festen Punktwert im Honorarbereich 4.1 zu vergüten sei. Unzulässig sei es, eine Leistung zu quotieren, wenn zum Zeitpunkt der Erbringung die Quotierung noch nicht bekannt gewesen sei. Die kurative Koloskopie werde in unterschiedlichen Fachgruppen unterschiedlich honoriert. Die Honorarberechnung beziehe sich auf Ausgangsdaten des Quartals II/04, obwohl dies nach den gesetzlichen Vorgaben nicht zulässig sei. Eine Rechtsgrundlage, welche den Bewertungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigungen dazu ermächtige, die bisherige Honorarverteilungssystematik bis zum 31. Dezember 2005 aufrecht zu

erhalten, sei nicht erkennbar.

Die Beklagte wies die Widersprüche des Klägers gegen die Honorarbescheide für die Quartale III und IV/05 mit Widerspruchsbescheid vom 18. Oktober 2007, zugestellt am 23. Oktober 2007, als unbegründet zurück. Weder der EBM 2005 noch die weiteren Vorgaben des Bewertungsausschusses seien rechtswidrig. Der Bewertungsausschuss habe die Vorgabe eines Punktwertes von 5,11 Cent in seinem Beschluss vom 29. Oktober 2004, in dem er gleichzeitig auch die Einführung des EBM 2005 und der Regelleistungsvolumina für den 1. April 2005 festgelegt habe, zurückgenommen. Im Rahmen der Verteilung der Gesamtvergütung habe eine Quotierung erfolgen müssen, die zu dem ausgezahlten Punktwert geführt habe. Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit des HVV bestünden nicht. Nach den Vorgaben der Ziff. 6.3 HVV erfolge die Bewertung der Honorarforderungen einer Praxis, die der Honorargruppe A2/ B2 zugeordnet sei, auf Basis eines Regelleistungsvolumens, soweit für die in der Praxis vertretenen Arztgruppen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 HVV arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen benannt sind. Der Kläger gehöre als Facharzt für Innere Medizin der Honoraruntergruppe B 2.13 an und sei abrechnungstechnisch der Fachgruppe/Arztgruppe 33-09 zugerechnet. Bedenken gegen die vorgenommene Festlegung der Fallpunktzahlen für die Honorargruppe B 2.13 bestünden nicht. Die Leistungen der Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2005 seien entsprechend den Vorgaben im HVV dem Leistungsbereich III. 4.1 zugewiesen und unterlägen nicht dem Regelleistungsvolumen. Insoweit sei Ziff. 6.4 zu entnehmen, dass eine Bewertung mit einem Punktwert von 4,0 Cent - vorbehaltlich einer gegebenenfalls erforderlichen Quotierung - erfolgt. Im info.doc März 2005 sei dargelegt, dass für die Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 764 EBM 1996 die bisherige Sonderregelung mit einem eigenständigen Honorierungsanteil innerhalb der jeweiligen arzt-/fachgruppenbezogenen Honorar(unter)gruppe auch nach Einführung des Regelleistungsvolumens in die Gesamtvergütungsstruktur weitergeführt werde. Nach der nach wie vor gültigen Rahmenempfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werde eine Vergütung zu einem festen Punktwert vorgesehen, der bereits in der Vergangenheit als quotierter Punktwert in die Abrechnung der Leistungen eingegangen sei. Wegen eines Verstoßes gegen den Grundsatz der angemessenen Vergütung könne ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar 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 werde. Es seien keine Anhaltspunkte erkennbar, dass der Grundsatz der angemessenen Vergütung zulasten der Gruppe der Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, der die Praxis des Klägers angehöre, im streitgegenständlichen Zeitraum verletzt sein könnte. Ein Anspruch auf höhere Vergütung in den Quartalen III/05 und IV/05 folge auch nicht unmittelbar aus [Artikel 12 GG](#). Der HVV genüge auch dem Gleichbehandlungsgebot des [Artikel 3 Abs. 1 GG](#).

Hiergegen hat der Kläger am 20. November 2007 Klage beim Sozialgericht Marburg (SG) erhoben. Zur Begründung hat er ausgeführt, es gehe um die Frage, ob und inwieweit die gastroenterologischen Leistungen zutreffend bewertet worden seien. Anders als vom Bewertungsausschuss vorgesehen habe die Beklagte für den Bereich der fachärztlichen Internisten, soweit sie gastroenterologische Leistungen erbringen, keinen Honorartopf fortgeschrieben. Dazu habe aber Anlass bestanden, da die Koloskopie als besondere Leistung einer besonderen Förderung unterliegen sollte. Durch die Topfbildung gemäß HVM sei es anders als mit der Bildung der Regelleistungsvolumina intendiert zu einem Verfall der Punktwerte gekommen. Die von der Beklagten vorgenommene "Topf-im-Topf-Regelung" für die Koloskopie habe zu einer Quotierung der Koloskopien geführt. Die Quotierung der kurativen Koloskopie widerspreche jedoch grundsätzlich den Entscheidungen des Bewertungsausschusses.

Mit Urteil vom 22. Oktober 2008 hat das SG die Honorarbescheide für die Quartale III und IV/05 in Gestalt des Widerspruchsbescheid vom 8. Oktober 2007 abgeändert und die Beklagte verurteilt, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über seinen Honoraranspruch neu zu bescheiden. In den Entscheidungsgründen hat es hierzu ausgeführt, dass die Honorarbescheide für die Quartale III und IV/05 insofern rechtswidrig seien, als die Beklagte Leistungen entgegen Abschnitt III.4.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) mit Wirkung zum 1. Januar 2005 (im Folgenden BRLV) innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet habe. Der Bewertungsausschuss bestimme nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) die Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), erstmalig bis zum 29. Februar 2004 den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Sätze 4, 6, 7 und 8 SGB V](#) zu treffenden Regelungen. Der Bewertungsausschuss sei seinen Regelungsverpflichtungen nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) unter anderem durch den BRLV nachgekommen. Die dort in Abschnitt III.4 aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen unterlägen nicht dem Regelleistungsvolumen (III. 3.1 Abs. 4 BRLV). Hierin liege eine verbindliche Vorgabe des Bewertungsausschusses (Urteil des SG vom 26. September 2007 - [S 12 KA 822/06](#), Urteil des Hessischen Landessozialgerichts - HLSG - von 23. April 2008 - [L 4 KA 69/07](#), Revision anhängig [B 6 KA 31/08 R](#)). Der Kläger habe im Quartal III und IV/05 Leistungen nach Ziff. 01600, 01601 und 01602 EBM 2005 abgerechnet, die die Beklagte entgegen der Vorgabe in Ziff. III.4.1 BRLV in das Regelleistungsvolumen einbezogen habe. Hierdurch seien die Punktzahlen des Regelleistungsvolumens bereits fehlerhaft berechnet worden. Die Beklagte habe die Punktzahlen für das Regelleistungsvolumen ohne diese Leistungen neu zu berechnen und für den Kläger ohne diese Leistung festzusetzen. Die Leistungen seien mit einem entsprechend neu berechneten Punktwert des Fachgruppentopfes zu vergüten. Ein Anspruch auf einen festen Punktwert von 5,11 Cent bestehe nicht. Soweit die Beklagte im Quartal IV/05 einen Kürzungsbetrag in Höhe von 121,34 EUR nach Ziffer 7.5 HVV festgesetzt habe, sei dies ebenfalls rechtswidrig. Ziff. 7.5 HVV führe faktisch ein Vergütungssystem vergleichbar mit so genannten Kopfpauschalen ein. Es weiche davon insofern ab, als es nicht allen Vertragsärzten bzw. allen Vertragsärzten einer Honorargruppe gleiche Honorarbeträge für einen Behandlungsfall zuweise, sondern die Höhe der Honorarzuweisung pro Fall am Fallwert des entsprechenden Vorjahresquartals der einzelnen Praxis orientiere und zunächst einen Honorarkorridor von 95% des 105% hierfür vorgebe. Die Vertragsparteien seien aber an die Vorgaben des Bewertungsausschusses gebunden gewesen und nicht befugt, im Rahmen der Ausgleichsregelung Kürzungsbeträge vorzusehen. Dies sei bereits für die von der Beklagten vorgenommene und gegen die Vorgaben des Bewertungsausschusses verstoßende Einbeziehung von Dialyseleistungen in die Regelleistungsvolumina festgestellt worden (vgl. Urteil des SG vom 26. September 2007, [S 12 KA 822/06](#); Urteil des HLSG vom 23. April 2008, [L 4 KA 69/07](#)). In Fortführung der bisherigen Rechtsprechung werde festgestellt, dass die Vorgaben des Bewertungsausschusses auch insofern verbindlich seien, als daneben nicht Regelungen geschaffen werden könnten, die faktisch zu einem praxisindividuellen Individualbudget führen. Ziff. III.2.2 Abs. 1 BRLV setze voraus, dass bereits vergleichbare Steuerungsinstrumente vorhanden sind, die bis Ende 2005 fortgeführt werden könnten. Die hier strittige Ziff. 7.5 HVV sei aber neu eingeführt worden. Soweit es der Beklagten allgemein nicht verwehrt sei, auch bei Vorgaben des Bewertungsausschusses weitere Steuerungsmaßnahmen im HVV zu vereinbaren, so gelte dies dann nicht, soweit zwingende Vorgaben durch den BRLV bestünden. Die KÄVen dürften weder Arztgruppen von der Budgetierung ausnehmen, die der EBM einbeziehe, noch die Bereiche der budgetierten und der nicht budgetierten Leistungen anders als im EBM festlegen. Aufgrund der eindeutigen Nichtbeachtung der Vorgaben des Bewertungsausschusses sei Ziff. 7.5 HVV, soweit die Regelung zu Kürzungsbeträgen führe, von Anfang an rechtswidrig und könnten die Grundsätze einer so genannten Anfangs- und Erprobungsregelung

nicht angewandt werden. Die Rechtswidrigkeit führe nicht zwingend dazu, dass dem Kläger der Kürzungsbetrag in vollem Umfang zurückzuerstatten ist. Die positive Ausgleichsregelung sei in den streitbefangenen Quartalen noch zulässig. Die Beklagte habe daher einen neuen Punktwert zu errechnen auf der Grundlage, dass ihr insgesamt keine Kürzungsbeträge zur Verfügung stehen. Der neu errechnete Punktwert sei maßgebend, soweit er oberhalb des Stützpunktwertes liege. Liege er darunter, sei der Stützpunktwert maßgebend. Im Übrigen seien die angefochtenen Bescheide nicht zu beanstanden gewesen. Soweit die Beklagte für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens keinen festen, im Vorhinein fest vereinbarten Punktwert vergütet habe, sei dies nicht zu beanstanden gewesen. Ziffer 6.4 HVV sehe 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 Ziffer 6.3 HVV für das aktuelle Quartal festgestellten praxisindividuellen Regelleistungsvolumen unterliegen. Für die hier maßgebliche fachärztliche Versorgungsebene sehe Ziffer 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziff. 7.2 HVV vor, dass, reiche 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 Cent zu erfolgen habe. 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, sei, 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. Aber auch unterstellt, es sei von einer Rechtswidrigkeit der Quotierungsregelungen auszugehen, bestehe kein Anspruch auf eine Vergütung zu einem Punktwert von 4 Cent. Hielte man eine Quotierung für unzulässig, so könnte die Beklagte bzw. die Vertragsparteien nur verpflichtet werden, einen festen Punktwert rückwirkend festzusetzen bzw. zu vereinbaren, die aber angesichts der begrenzten Gesamtvergütung nicht höher als der im Ergebnis quotierte Punktwert liegen könne. Der Kläger habe auch keinen Anspruch auf eine höhere Vergütung für die Leistungen der kurativen Koloskopie. Nach Ziffer 6.4 HVV gehörten Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2005 zu den Leistungen, die bei dem Regelleistungsvolumen unberücksichtigt blieben und zu einem Punktwert von 4,0 Cent (vorbehaltlich einer gegebenenfalls erforderlichen Quotierung) zu vergüten seien. Soweit der Verteilungsbetrag für einen Punktwert von 4,0 Cent nicht ausreiche, habe nach Ziff. 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziff. 7.2 HVV eine Quotierung zu erfolgen. Dabei sei der Honoraranteil für die Leistungen der kurativen Koloskopie grundsätzlich begrenzt auf den im entsprechenden Quartal des Jahres 2002 zur Verfügung stehenden Anteil zuzüglich Gesamtvergütungsanteil von 0,1% gemäß Bundesempfehlung, anteilig aufgeteilt auf die einzelnen Honorar(unter)gruppen. Ergänzend gelte, dass die Quote für die Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2005 in der jeweiligen Honorar(unter)gruppe nicht unter der Quote für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens liegen dürfe. Auf Vertrauensschutz im Sinne einer vorweg garantierten Mindestvergütung könne sich der Kläger nicht berufen. Der Kläger könne keinen höheren Honoraranspruch beanspruchen. Aus der Bestimmung des [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) könne ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für eine 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 an dem Versorgungssystem teilnehmenden Ärzte gefährdet werde. Anzeichen hierfür sei nicht ersichtlich. Bei einer Neubescheidung sei die Beklagte auch nicht verpflichtet, die bisherigen Punktwerte als Mindestpunktwerte oder höhere Punktwerte festzusetzen, sie könne vielmehr die Auswirkung der Entscheidung auf die gesamte Honorarverteilung berücksichtigen und insofern neue Punktwerte errechnen. Lediglich aus dem Grundsatz des Verböserungsverbots bestehe eine Bindung an den bereits festgesetzten Gesamthonoraranspruch.

Gegen das ihr am 10. November 2008 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 21. November 2008 Berufung beim HLSG eingelegt. Zur Begründung hat sie ausgeführt, dass die Einbeziehung der Leistungen nach Nrn. 01600, 01601 und 01602 EBM 2005 in das Regelleistungsvolumen rechtmäßig sei. Rechtswidrig sei die Vorgabe des Bewertungsausschusses in Abschnitt III.4.1 BRLV, diese Leistungen nicht dem Regelleistungsvolumen unterfallen zu lassen. Die Nrn. 01600, 01601 und 01602 EBM 2005 seien typische Folgeleistungen zu ärztlichen Hauptleistungen, die der Mengenausweitung zumindest mittelbar zugänglich seien. Während dem Bewertungsausschuss unter Geltung der Praxis- und Zusatzbudgets ein Gestaltungsspielraum in Bezug auf das "ob" und "wie" der Einführung von Mengen steuernden Maßnahmen verblieben sei, habe er für die streitigen Quartale zwingend Regelleistungsvolumen für sämtliche in einer Arztpraxis erbrachten Leistungen einzuführen gehabt. Hierfür spreche auch die Regel-Ausnahme-Systematik des SGB V. Sofern der Gesetzgeber Leistungen nicht den Maßgaben der budgetierten Gesamtvergütung - oder anderen Vergütungsformen - unterwerfe, sehe das Gesetz selbst unmittelbare Ausnahmen vor. Selbst wenn man davon ausgehe, dass der Bewertungsausschuss berechtigt gewesen sei, Leistungen, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind, von der Systematik der Regelleistungsvolumina auszunehmen, entsprächen die unter Abschnitt III.4.1 BRLV aufgeführten Gebührenordnungspositionen nicht durchweg dieser Annahme. Stattdessen liege der Gedanke nahe, dass der Bewertungsausschuss in Abschnitt III.4.1 BRLV aus seiner Sicht förderungswürdige Leistungen erfasst habe. Inhalt, Art und Ausmaß der Normdelegation in [§ 85 Abs. 4](#) und 4a SGB V seien jedoch abschließend und beinhalteten nicht die Möglichkeit der Förderung von durch den Bewertungsausschuss zu bestimmenden Leistungen. Die für das Quartal IV/05 ausgesprochene Kürzung nach Nr. 7.5 HVV sei ebenso wenig rechtswidrig. Der Senat habe bereits mit Urteil vom 26. November 2008, [L 4 KA 14/08](#) die Rechtmäßigkeit der Regelung der Ziffer 7.5 HVV bestätigt. Er habe in Bezug auf junge Praxen die bestehende Ausgleichsregelung für unzureichend erachtet mit der Folge, dass im Ergebnis ein noch weitergehender Auffüllungsanspruch des Klägers als der bislang gewährte bestehen werde. Dies setze zwingend voraus, dass die Gesamtregelung der Ziffer 7.5 HVV rechtmäßig sei. Soweit der Senat Rechtmäßigkeitsbedenken im Hinblick auf die Rechtsprechung des BSG zur "Segeberger Wippe" angedeutet habe, werde dem nicht gefolgt. Über die Regelungen der "Segeberger Wippe" sollten existenzgefährdete Arztpraxen über den Weg der Honorarverteilung im Wege eines sozialen Ausgleichs unabhängig von ihrem eigenen Abrechnungsverhalten zulasten anderer Praxen finanziell gestützt werden. Basis für die Entscheidung des BSG sei eine Einkommenslenkung und damit ein sozialer Ausgleich zwischen den Praxen auf Basis eines durchschnittlichen Fachgruppenwerts gewesen. Anders greife Ziff. 7.5 HVV nicht auf Fachgruppenwerte, sondern auf jeweils individuelle Referenzwerte aus der Vergangenheit zurück. Schließlich würden sich auch die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008, Teil F, Abschnitt 3.7 "Ausgleich von Honorarverlusten" und insbesondere vom 15. Januar 2009, einschließlich 27. Februar 2009 mit der Einführung eines Konvergenzverfahrens an die Ziffer 7.5 HVV anlehnen. Die Kürzungsregelung verstoße auch nicht gegen die Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses und [§ 85 Abs. 4](#) und 4a SGB V. Die vom Bewertungsausschuss getroffenen Regelungen hätten keinen abschließenden Regelungsgehalt, weshalb die Partner des HVV weiterhin die Möglichkeit hätten, auf die Honorarverteilung gestaltend einzuwirken. Die Regelung der Ziffer 7.5 HVV stehe zum Beschluss des Bewertungsausschusses nicht in Widerspruch. Ziff. 7.5 HVV diene nicht der Mengenbegrenzung, sondern bezwecke ausschließlich als Bestandsschutzregelung die Vermeidung von Honorarverwerfungen zur Absicherung eines individuell in der Vergangenheit erarbeiteten Honorarniveaus. Im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 habe zumindest eine planwidrige und von den Partnern des HVV damit ausfüllungsfähige und -bedürftige Regelungslücke vorgelegen. Andernfalls hätte der erweiterte Bewertungsausschuss keine Notwendigkeit gesehen, mit seinen Beschlüssen vom 27./28. August 2008 und insbesondere vom 15.

Januar 2009, einschließlich 27. Februar 2009 ein so genanntes Konvergenzverfahren einzuführen. Im Übrigen gestatte der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 die Fortführung von Steuerungsinstrumenten, die bereits zum 31. März 2005 vorhanden gewesen seien, wenn diese in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar seien. Die Beklagte habe bis zum Quartal I/05 bestehende Regelungen über den 31. März 2005 fortgeführt. Entscheidend für die Annahme von vergleichbaren Auswirkungen sei das Vorliegen einer Mengen steuernden Funktion der HVV-Regelung mit dem Ziel einer Punktwertstabilisierung. Dieses Ziel verfolgten sowohl die Steuerungsinstrumente im Sinne von [§ 85 Abs. 4, 4a SGB V](#) als auch die bis I/05 unter anderem gültigen LZ 505, LZ 506 und Anlage 3 zu LZ 702 HVM, deren Auswirkungen über die ab dem Quartal II/05 gültige Ziff. 7.5 fortgeführt werde, als auch die ab dem Quartal II/05 gültige Ziff. 6.3 HVV. Zumindest sei die Kürzungsregelung nach Ziff. 7.5 HVV unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung rechtmäßig. Im Übrigen liege ein Verfahrensmangel vor. Das SG habe es unterlassen, die Verbände der Krankenkassen als Vertragspartner des hier streitigen Verteilungsmaßstabes notwendig beizuladen. Die Berufung sei auch nicht unzulässig, da es nicht lediglich um den Kürzungsbetrag nach Ziffer 7.5 HVV gehe, sondern die Berufung auf verschiedene rechtliche Aspekte gestützt worden sei.

Die Beklagte beantragt,  
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 22. Oktober 2008 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,  
die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das erstinstanzliche Urteil für rechtmäßig und hat ergänzend ausgeführt, angesichts des tatsächlichen Gegenstandswerts von 121,34 EUR sei die Berufung unzulässig.

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

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig.

Die Berufung ist gemäß [§ 143 SGG](#) statthaft. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Wert des Beschwerdegegenstandes der Berufung 750.- Euro nicht übersteigt, und deshalb die Berufung gemäß [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) der Zulassung bedarf. Bei unbeziffertem Antrag hat das Gericht grundsätzlich die Beschwer zu ermitteln. Die Beklagte hat aufgrund des erstinstanzlichen Bescheidungsurteils die Leistungen nach Nrn. 01600, 01601, 01602 EBM 2005 außerhalb des Regelleistungsvolumens aus dem Arztgruppentopf zu vergüten, hierfür die Punktzahlen für das Regelleistungsvolumen ohne diese Leistungen neu zu berechnen und ohne diese Leistungen festzusetzen. Die Leistungen sind mit einem neu berechneten Punktwert des Fachgruppentopfes zu vergüten. Selbst wenn man für die Beschwer hinsichtlich der Honorarkürzung nach Ziff. 7.5 HVV auf den konkreten Betrag und nicht die erforderliche Neuberechnung abstellt, ist davon auszugehen, dass der Wert des Beschwerdegegenstands insgesamt wegen der erforderlichen Neuberechnung des Regelleistungsvolumens sowie des Punktwerts des Fachgruppentopfes derzeit nicht zuverlässig zu ermitteln ist. Lässt sich nicht nachweisen, dass die Voraussetzungen für eine Beschränkung der Berufung erfüllt sind, muss im Ergebnis die Grundregel des [§ 143 SGG](#) - Statthaftigkeit ohne Zulassung - gelten, vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum Sozialgerichtsgesetz, 9. Auflage, Anm. 15a zu [§ 144 SGG](#).

Die Berufung ist jedoch unbegründet.

Das Urteil des SG ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Entgegen der Auffassung der Beklagten hat das SG keine notwendige Beiladung unterlassen. Die Krankenkassenverbände waren als Vertragspartner im Rahmen der Honorarverteilung weder im erstinstanzlichen Verfahren noch im Berufungsverfahren notwendig beizuladen. Es handelt sich um einen Fall der einfachen Beiladung nach [§ 75 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -, die im Ermessen des Gerichts steht. Allein der Gesichtspunkt, dass es in einem Rechtsstreit auf den Inhalt, die Auslegung oder die Wirksamkeit einer (Honorarverteilungs-)Regelung ankommt, führt nicht dazu, dass die Entscheidung gegenüber den an der Normsetzung Beteiligten nur einheitlich ergehen kann und deren Beiladung in jedem Vergütungsrechtsstreit deshalb notwendig wird (vgl. BSG, Urteil vom 17. September 2008, [B 6 KA 47/07 R](#); BSG [SozR 3-2500 § 115 Nr. 1](#) S. 3 für die Gesamtvertragspartner; [BSGE 78, 98](#), 99 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 12](#) S 35 für die Bundesmantelvertragspartner; ebenso BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr. 5](#) Rdnr. 6 für den EKV-Z).

Die Honorarbescheide für die Quartale III und IV/05 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Oktober 2007 sind insoweit rechtswidrig, als die Beklagte die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegenden Leistungen nach Nrn. 01600, 01601 und 01602 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 vergütet 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). In der Anlage 1 sind unter den Arztgruppen, für die Arztgruppentöpfe gemäß III.1 BRLV und Regelleistungsvolumina gemäß III.3.1 BRLV berechnet werden, die Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die - wie der Kläger - dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, genannt. Die in III.4.1 BRLV aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen unterliegen jedoch nicht den Regelleistungsvolumina. Zu diesen aus dem Arztgruppentopf zu vergütenden Leistungen und Leistungsarten gehören u. a. schriftliche Mitteilungen und Gutachten nach Nrn. 01600 bis 01623 EBM 2005, somit auch die hier streitgegenständlichen Leistungen der Nrn. 01600, 01601 und 01602 EBM 2005.

Bereits in seinem Urteil vom 23. April 2008, [a. a. O.](#), hat der erkennende Senat klargestellt, dass der BRLV selbst rechtmäßig ist, sich im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage hält und die Grenzen des bestehenden Gestaltungsspielraums wahrt. Die Feststellungen des Senats bezogen sich insbesondere darauf, dass es mit höherrangigem Recht vereinbar ist, dass der Bewertungsausschuss im BRLV die Dialyseleistungen nach Nr. 13600 bis 13621 EBM 2005 und damit die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie von den Regelleistungsvolumina ausgenommen hat. In Fortführung dieser Rechtsprechung ist festzustellen, dass auch die Herausnahme der Leistungen nach Nrn. 01600, 01601 und 01602 aus den Regelleistungsvolumina und Zuordnung zum Leistungsbereich 4.1, dessen Leistungen aus dem Arztgruppentopf zu vergüten sind, mit höherrangigem Recht vereinbar ist. 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. Hinsichtlich der Herausnahme der nur mittelbar einer Mengenausweitung zugänglichen schriftlichen Mitteilungen (ärztliche Berichte, Arztbriefe etc.) und Gutachten aus dem Regelleistungsvolumen sind jedenfalls keine sachwidrigen Gesichtspunkte ersichtlich.

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 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 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 und nicht auch an das Gesamthonorar, diese nicht lediglich zu einer Stützung einkommensschwacher, 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 wegen Spezialisierung über dem Durchschnittswert lag, ungeachtet der möglicherweise schlechten Ertragsituation 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 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 sind nicht bisher vorhandene Steuerungsinstrumente im Sinne der Ausnahmeregelung in Ziff. III.2.2 BRLV fortgeführt worden. 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 [§197 a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), die endgültige Streitwertfestsetzung auf [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2 Satz 1, 47, 52 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz (GKG) sowie die Zulassung der Revision auf [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-01-26