

S 12 KA 1066/06

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 1066/06

Datum
16.01.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine Honorarverteilungsregelung kann vorsehen, dass bei Eintritt eines weiteren Vertragsarztes in eine Gemeinschaftspraxis als Bemessungsgrundlage für das Regelleistungsvolumen die Abrechnung der bisherigen Gemeinschaftspraxis im Referenzquartal und lediglich für den hinzukommenden Vertragsarzt die durchschnittliche Honorarforderung je Arzt der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe heranzuziehen ist.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die drei Quartale III/04 - I/05 und hierbei insbesondere um die Anwendung eines Regelleistungsvolumens nach Leitzahl 506 des Honorarverteilungsmaßstabs der Beklagten.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis, bestehend aus drei Fachärzten für Neurochirurgie. Ihre Mitglieder Dr. med. P. und Dr. med. M. sind seit 1996 zu vertragsärztlichen Versorgung in Gemeinschaftspraxis mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Herr Dr. med. PX. trat der Gemeinschaftspraxis zum Quartal III/03 bei und ist seit dieser Zeit am Praxissitz zu vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Die Beklagte setzt in den streitbefangenen Quartalen das Honorar durch Honorarbescheid fest, wogegen die Klägerin jeweils Widerspruch einlegte. Im Einzelnen ergeben sich die Abrechnungswerte und das Datum der Widerspruchseinlegung aus nachfolgender Tabelle:

Quartal III/04 IV/04 I/05

Honorarbescheid v. 96.02.2005 18.04.2005 25.07.2005

Nettohonorar gesamt in Euro 83.853,95 86.669,79 90.120,77 Bruttohonorar PK + EK 83.853,98 86.272,83 90.451,18

Fallzahl PK + EK 1.070 1.098 1.102

Regelleistungsvolumen Anlage 3 zu LZ 702 (2)

Unterer PW Punktmenge PK 553.983,0 663.323,0 173.907,0

Unterer PW Punktmenge EK 294.302,0 284.321,0 139.327,0

Oberer Punktwert PK/EK in Cent (nach EHV) 2,991/3,003 3,259/3,446 2,790/2,990

Unterer Punktwert PK/EK in Cent 0,455/0,459 0,637/0,4696 0,467/0,471

Maßnahme nach LZ 506

Anerkennungsfähiges Honorarvolumen 3.193.065,1 3.188.941,3 3.981.264,0

Überschreitung in Punkten 138.748,9 - 50.195,3 -957.126,0 Überschreitung in % 4,20 0 0

Quote 95,80 100 100

Widerspruch eingelegt am 26.04.2005 23.06.2005 30.09.2005

Zu Begründung ihre Widersprüche trug die Klägerin vor, das Individualbudget nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM beschwere sie. Sie würde nahezu auf das Honorar des Vergleichsquartals im Jahr 2002 reduziert werden. Es sei nicht berücksichtigt worden, dass wegen des weiteren Mitglieds in der Praxis die Höhe der entsprechenden durchschnittlichen Honorarforderungen als Bemessungsgrundlage ergänzend zu

zuerkennen sei. Der Honorarbescheid sei objektiv unverständlich und verstoße gegen [§ 33 Abs. 1, 35 SGB X](#). Die Berechnung des ausgezahlten Honorars lasse sich nicht nachvollziehen. Die Vergütung der gesamten Honorarforderung habe zum oberen Punktwert zu erfolgen. Nach Anwendung der Maßnahme der Individualbudgetierung verringere sich die Auszahlung ihres Honorars um 24.686,82 EUR im Quartal III/04, um 33.774,73 EUR im Quartal IV/04 und um 10.224,73 EUR und im Quartal I/05.

Die Beklagte verband alle Widerspruchsverfahren und wies mit Widerspruchsbescheid vom 15.11.2006, der Klägerin am 17.11.2006 zugestellt, alle Widersprüche als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Honorarbescheide seien formell rechtmäßig. Sie seien ausreichend begründet. Die Honorarbescheide ließen in ihren Anlagen, die Bestandteile des Verwaltungsaktes seien und im Wesentlichen die Begründung beinhalteten, die entscheidenden Berechnungsfaktoren erkennen. Die Nachprüfbarkeit der Behördenentscheidungen sei gegeben, da die wesentlichen Angaben und Rechenoperationen sowie Teilergebnisse in dem jeweiligen Bescheid genannt würden. Die einzelnen Rechenschritte seien jedenfalls unter Beiziehung der Satzung als Rechtsgrundlage nachvollziehbar. Die Honorarbescheide seien auch materiell rechtmäßig. Sie verstießen nicht gegen den Grundsatz der Bestimmtheit, da sie eindeutig die Höhe des Brutto- und Nettohonorars bestimmten. Der EBM sei rechtmäßig. Im Quartal III/04 sei es durch die Maßnahme nach LZ 506 HVM zu einer Beschwer gekommen. 138.779,5 Punkte seien auf das ausschließlich zum unteren Punktwert ausgewiesene Honorarvolumen (Regelleistungsvolumen) umgelegt worden. Die Fachgruppe der unterliege einem Regelleistungsvolumen nach dem HVM. Bei getrennter Betrachtung für Primär- und Ersatzkassen würden die der Honorargruppe 2 zugeordnete Honorarforderung aus ambulanter Tätigkeit bis zu einer Grenze von 70% bezogen auf die vergleichbare Honorarforderung der Praxis des entsprechenden Quartals 2002 mit einem oberen Punktwert von 3,32 Cent bei den Primärkassen und 3,58 Cent bei den Ersatzkassen bewertet werden. Für alle darüber hinausgehende Honorarforderung werde ein rechnerischer Punktwert gebildet. Dieser müsse mindestens 0,51 Cent pro Punkt betragen. Der obere Punktwert erhöhe sich um 0,26 Cent, wenn der Anteil der Überweisungsfälle der Praxis mehr als 70% betrage, was bei der Klägerin der Fall sei. Der Eintritt des Herrn Dr. PX. sei dahingehend berücksichtigt worden, dass die Honorarforderung in den Referenzquartalen jeweils auf die durchschnittliche Honorarforderung der Arzt-/ Fachgruppe angehoben worden sei. Das Regelleistungsvolumen sei jeweils überschritten worden. Eine Aussetzung könne nicht erfolgen, da das Nettohonorar der Klägerin jeweils oberhalb des arztgruppenbezogenen Honorardurchschnitts von 65.536,50 EUR, 75.375,18 EUR bzw. 74.475,81 EUR gelegen habe. Soweit die Gesamtvergütung nicht für eine Honorierung zum oberen Punktwert für alle Leistungen erfolge, müsse eine Quotierung erfolgen.

Hiergegen hat die Klägerin am 20.12.2006 die Klage erhoben. Ergänzend zu ihrem Widerspruchsvorbringen trägt sie vor, trotz gestiegener Fallzahlen sei sie nahezu auf die Honorarforderung der jeweiligen Referenzquartale im Jahr 2002 reduziert worden. Es sei nicht nachvollziehbar, wie die im Ergebnis geringer, nämlich mit dem unteren Punktwert vergüteten Überschreitungen errechnet worden seien. Es sei nicht nachzuvollziehen, inwieweit sich die Anhebung der Honorarforderung aus den Referenzquartalen und die durchschnittliche Honorarforderung der Fachgruppe tatsächlich auf den Punktwert auswirke. Der Punktwert liege nicht bei 3,2 Cent bei den Primär- und 3,58 Cent bei den Ersatzkassen, sondern darunter. Die Beklagte habe ihren HVM nicht korrekt angewandt. Hierauf beruhe eine Verringerung der Honorarzahlen von insgesamt 68.686,28 EUR. Hierin manifestiere sich ein Verstoß gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit. Der Vertragsarzt habe einen Anspruch auf angemessene Beteiligung an der Verteilung der Gesamtvergütung und auf einen seiner Leistung entsprechenden Anteil an dieser Gesamtsumme.

Die Klägerin beantragt,
die Honorarbescheide für die Quartale III/04, IV/04 und I/05, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.11.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, sie unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie trägt unter Verweis auf die Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid im Übrigen ergänzend vor, die – beispielhaft – für das Quartal I/05 mit dem unterem Punksatz zu vergütenden Leistungen von 173.907,0 Punkten im Primärkassenbereich und 139.327,0 Punkten im Ersatzkassenbereich ergäben sich aus dem Nachweis zur Bewertung der Honorarforderung gemäß Anlage 3 LZ 702 (2) – "Regelleistungsvolumen" – der Grundsatz der Honorarverteilung. Danach bildeten 70% des angeforderten ambulanten Honorarvolumens (HG 2) im Referenzquartal I/02 die Obergrenze für eine Vergütung der Honorarforderung für das Quartal I/05, jeweils getrennt nach Primär- und Ersatzkassen. Die diese 70%-Grenze übersteigende Honorarforderung werde zum unteren Punktwert vergütet. Die insoweit maßgebliche aktuelle Honorarforderung stelle nochmals die Arztrechnung, differenzierend nach EHV-Quotierung dar und ordne sie, bezogen auf Primär- und Ersatzkassen jeweils den oberen bzw. unteren Punktwerten zu. Die oberen Punktwerte stimmten hinsichtlich der Honoraranteile, die nicht der EHV-Quotierung unterlägen, überein mit den für das Quartal I/05 durch Rundschreiben mitgeteilten Punktwerten. Soweit der untere Punktwert zuzüglich des Erhöhungsbetrages teilweise sogar unter 0,51 Cent liege, sei dies darauf zurückzuführen, dass noch der sog. Notdienstfaktor, d. h. der für den Honorarbereich C notwendige Vorwegabzug, und die EHV-Quotierung zu berücksichtigen seien. Auch der untere Punktwert unterliege diesen Abzügen. Soweit die Klägerin rüge, dass sich in der Arztrechnung nicht die im Widerspruchsbescheid wiedergegebenen oberen Punktwerte des Regelleistungsvolumens wiederfänden, so folge dies aus Nr. 3 der Anlage 3 zu LZ 702 (2) HVM. Danach unterlägen die oberen Punktwerte ihrerseits einer Quotierung, wenn der zur Verfügung stehende Honoraranteil nicht ausreichend sei zur Vergütung in Höhe des vorgesehenen Mindestpunktwertes. Ohne Berücksichtigung der Änderung der Praxisstruktur durch Eintritt des Dr. PX. hätten sich andere Ausgangsdaten ergeben, die sie darstelle. Zum unteren Punktwert wären dann im Quartal I/05 691.948,30 Punkte im Primärkassenbereich und 461.023,20 Punkte im Ersatzkassenbereich vergütet worden. Ein Verstoß gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit würde dann vorliegen, wenn die Fachgruppe der aus der Anwendung der Regelleistungsvolumen herausgenommen würde.

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

Entscheidungsgründe:

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

Die zulässige Klage ist unbegründet. Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale III/04 bis I/05, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.11.2006 sind rechtmäßig und waren daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubeschreibung über ihre Honoraransprüche für diese Quartale.

Die Beklagte hat durch Beschluss ihrer Abgeordnetenversammlung vom 11.06.2003 ihre Grundsätze der Honorarverteilung neu gefasst, veröffentlicht als Anlage zum Rundschreiben 5/6 der Bekanntmachung vom 25.06.2003 (info.doc Nr. 5/6 Juni 2003), den sie ab 01.07.2004 als Honorarverteilungsvertrag fortgeführt hat (im Folgenden: HVM). Anlage 3 zu LZ 702 HVM bestimmt unter Nr. 2. "Honorar(unter)gruppen B 2.7.1, B 2.10 bis 2.15, B 2.16, B 2.17, B 2.18, B 2.19 und B 2.20" Folgendes:

1. Die der Honorargruppe B 2.7.1, B 2.10 bis 2.15, B 2.16, B 2.17, B 2.18, B 2.19 und B 2.20 zugeordneten Honorarforderungen aus ambulanter Tätigkeit werden bei getrennter Betrachtung für Primär- und Ersatzkassen bis zu einer Grenze von in der Regel 70 % bezogen auf die vergleichbare Honorarforderung der Praxis (bzw. bei einer ggf. bestehenden zusätzlichen Gliederung nach Leistungsbereichen bezogen auf den jeweiligen Leistungsbereich) im entsprechenden Quartal des Jahres 2002 bei Primärkassen und bei Ersatzkassen - vorbehaltlich Sonderregelung für die Honorar(unter)gruppen B 2.10 bis B 2.15 (siehe Ziffer 5) - gemäß nachstehender Vorgabe bewertet.

Für die Honorar(unter)gruppe B 2.19 (VfG 63) wird ein oberer Punktwert von 3,32 Cent im Primärkassen- und von 3,58 Cent im Ersatzkassenbereich angegeben.

Der Punktwert erhöht sich bei den Honorar(unter)gruppen B 2.10 bis B 2.15, B 2.16 sowie B 2.19 um 0,26 Ct. (0,5 Pfg.), wenn der Anteil der Überweisungsfälle in der Praxis mehr als 70 % beträgt.

Honorarforderungen aus stationärer belegärztlicher Tätigkeit werden jeweils mit dem oberen Punktwert bewertet (ausgenommen Leistungen des Abschnittes Q I.4 und Q I.5 EBM: 5,11 Ct.)

2. Alle über den vorgenannten Rahmen von 70 % bzw. 100 % hinausgehenden Honorarforderungen der einzelnen Praxis werden mit dem rechnerischen Punktwert der jeweiligen Honorar(unter)gruppe, gebildet als Quote aus dem nach Abzug der für Ziffer 1 notwendigen Honoraranteile von dem für die jeweilige Honorar(unter)gruppe zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrag und den verbleibenden Honorarforderungen in dieser Honorar(unter)gruppe, bewertet, mindestens aber mit einem Punktwert von 0,51 Ct. (1,0 Pfg.), maximal 1,79 Ct. (3,5 Pfg.)

3. Ist der noch zur Verfügung stehende Honoraranteil am Verteilungsbetrag nach Abzug der Honoraranteile nach Ziffer 2 nicht ausreichend zur Erreichung eines Mindestpunktwertes von 0,51 Ct. (1,0 Pfg.), so sind die Punktwerte nach Ziffer 1 jeweils entsprechend für Primär- bzw. Ersatzkassen getrennt so zu quotieren, dass die Mindestpunktwertbedingung in Ziffer 2 in der jeweiligen Honorar(unter)gruppe erfüllt wird. Dabei sind die Honoraranteile für Leistungen der Abschnitte Q I.4 und Q I.5 EBM mit einzubeziehen. Stehen unter Beachtung der Bedingungen nach Ziffer 2 nach erfolgter Vergütung dieser Leistungen noch Honoraranteile zur Verfügung, finden diese zur linearen Erhöhung der Punktwerte nach Ziffer 1 in der jeweiligen Honorar(unter)gruppe, ausgenommen für Leistungen der Abschnitte Q I.4 und Q I.5 EBM, Verwendung.

4. Soweit für eine Praxis eine Honorarforderung, ggf. auch nur für einen Leistungsbereich, aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2002 nicht zur Verfügung steht, ist der 70 %-Anteil bzw. 100 %-Anteil auf die durchschnittliche Honorarforderung je Arzt (und ggf. beschränkt auf den entsprechenden Leistungsbereich) der Arzt-/Fachgruppe in dem betreffenden Quartal des Jahres 2002 zu beziehen - vorbehaltlich Sonderregelungen bei Übernahme einer Einzelpraxis sowie bei den Honorar(unter)gruppen B 2.10 bis B 2.15 (siehe Ziffer 5) -. Von der genannten Voraussetzung des Nichtvorliegens einer Honorarforderung aus dem jeweiligen Quartal des Jahres 2002 ist dann nicht auszugehen, wenn mindestens ein Mitglied der Praxis bereits im entsprechenden Vorjahresquartal niedergelassen gewesen ist. In diesem Fall bestimmt sich die Honorarforderung des entsprechenden Quartals des Jahres 2002 unter Berücksichtigung der Zahl der neu in eine Praxis eingetretenen bzw. ausgeschiedenen Praxisteilnehmer, für die in der Regel die entsprechende durchschnittliche Honorarforderung je Arzt (und ggf. beschränkt auf den entsprechenden Leistungsbereich) der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe als Bemessungsgrundlage heranzuziehen ist. Wird eine Einzelpraxis übernommen, kann anstelle der Regelung nach Satz 1 auch die Honorarforderung aus der bisherigen Praxistätigkeit im entsprechenden Vergleichsquartal des Jahres 2002 zugrunde gelegt werden.

5. Im Sinne einer Sonderregelung bezieht sich für die Honorar(unter)gruppen B 2.10 bis B 2.15 in den Quartalen 3/03 und 4/03 der 70 %-Anteil bzw. 100 %-Anteil auf die vergleichbare Honorarforderung der Praxis im entsprechenden Vorquartal, berechnet aus vergleichbarer fallbezogener Honorarforderung multipliziert mit der relevanten Fallzahl im aktuellen Abrechnungsquartal. Für die Zeit ab 1. Quartal 2004 bezieht sich die Grenze von 70 % bzw. 100 % auf die vergleichbare Honorarforderung im entsprechenden Vorjahresquartal des Jahres 2003. Soweit für eine Praxis aus den Honorar(unter)gruppen B 2.10 bis B 2.15 eine Honorarforderung im Sinne vorstehenden Absatzes bzw. Ziffer 1 für die Feststellung des 70 %-Anteils bzw. 100 %-Anteils zur Verfügung steht, ist der 70 %-Anteil bzw. 100 %-Anteil auf die vergleichbare durchschnittliche Honorarforderung je Arzt der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe im entsprechenden Vorquartal, multipliziert mit der relevanten durchschnittlichen Fallzahl im aktuellen Quartal zu beziehen, soweit es die Quartale 3/03 und 4/03 betrifft. Für die Zeit ab dem 1. Quartal 2004 ist der 70 %-Anteil bzw. 100 %-Anteil auf die durchschnittliche Honorarforderung je Arzt bzw. je Leistungsbereich der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe im entsprechenden Vorjahresquartal des Jahres 2003 zu beziehen. Von der genannten Voraussetzung des Nichtvorliegens einer Honorarforderung ist dann nicht auszugehen, wenn mindestens ein Mitglied der Praxis bereits im entsprechenden Bezugsquartal, d. h. im jeweiligen Vorquartal, soweit es die Abrechnungsquartale 3/03 und 4/03 betrifft, bzw. im jeweiligen Quartal des Jahres 2003, soweit es die Zeit ab 1. Quartal 2004 betrifft, niedergelassen gewesen ist. In diesem Fall bestimmen sich die Honorarforderungen im Bezugsquartal unter Berücksichtigung der Zahl der neu in die Praxis eingetretenen bzw. ausgeschiedenen Praxisteilnehmer, für die in der Regel die durchschnittliche Honorarforderung (ermittelt unter Beachtung vorstehender Vorschriften) je Arzt bzw. je entsprechendem Leistungsbereich der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe als Bemessungsgrundlage heranzuziehen ist.

6. Der Vorstand kann auf Antrag bei Praxen, die bis zum 30.09.2002 der Individualbudgetierung gemäß Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt II in der seinerzeit gültigen Fassung in die Budgetierung einbezogen waren, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung Sonderregelungen treffen, im Hinblick auf die Festlegung des 70 %-Anteils bzw. 100 %-Anteils. Voraussetzung für Sonderregelungen ist neben dem Aspekt der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung, dass sich der bei fiktiver Anwendung des Regelleistungsvolumenansatzes

auf das jeweilige Ausgangsquartal vor dem 01.10.2002 ergebende fiktive rechnerische Punktwert für die gesamte Praxis im betreffenden Quartal 5 % und mehr unterhalb des tatsächlichen rechnerischen Punktwertes der seinerzeit aktuellen Quartalsabrechnungen (vor Inkrafttreten der neuen Vergütungsstruktur mit Regelleistungsvolumenansätzen ab 01.10.2002) liegt. Bei Vorliegen dieser Gesamtsituation kann vom Vorstand eine anteilige Erhöhung des 70 %-Anteils bzw. 100 %-Anteils unter Berücksichtigung der praxisspezifischen Gegebenheiten vorgenommen werden, die sicherstellt, dass die vorstehend angeführte fiktive Berechnungsdifferenz von 5 % nicht überschritten wird.

7. Ergänzende Vorgaben sowie Regelungen zur Durchführung vorstehender Honorierungsbestimmungen erlässt der Vorstand.

Die Beklagte hat diese Vorgaben zutreffend angewandt.

Soweit die Klägerin vorträgt, der Honorarbescheid sei objektiv unverständlich und verstoße gegen [§ 33 Abs. 1, 35 SGB X](#), so ist der Honoraranspruch eindeutig bestimmt und lassen die Anlagen als Begründung die Berechnungsgrundlagen erkennen (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#), juris Rdnr. 31 ff.).

Soweit die Klägerin weiter vorträgt, es sei nicht berücksichtigt worden, dass wegen des weiteren Mitglieds in der Praxis die Höhe der entsprechenden durchschnittlichen Honorarforderungen als Bemessungsgrundlage ergänzend zuzuerkennen sei, so hat die Beklagte den Eintritt des Herrn Dr. PX. dahingehend entsprechend den Vorgaben nach Nr. 2.4 Anlage 3 zu LZ 702 HVM berücksichtigt, dass die Honorarforderung in den Referenzquartalen jeweils für Herrn Dr. PX. auf die durchschnittliche Honorarforderung der Arzt-/ Fachgruppe angehoben worden ist.

Die Regelung selbst und die Heranziehung der Referenzquartale im Jahr 2002 war nicht zu beanstanden.

Das Individualbudget nach dem HVM dient gerade einer Punktwertstabilisierung, indem es Leistungsausweitungen nicht zulässt. Das Bundessozialgericht hat sog Individualbudgets wiederholt für rechtens erklärt, die nach Abrechnungsergebnissen des jeweiligen Arztes aus vergangenen Zeiträumen bemessen wurden und dessen gesamtes Leistungsvolumen umfassten (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 23](#) = [BSGE 96, 53](#) = [MedR 2006, 603](#) = [NZS 2006, 667](#), juris Rdnr. 23 unter Hinweis auf [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#); BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 6](#) Rdnr. 9, 11; [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rdnr. 53, 56; BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr. 10](#) Rdnr. 21, 25; - vgl. auch die Beispielsaufzählung in BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) Rdnr. 22). Dem liegt die berechnete Annahme zu Grunde, dass der in der Vergangenheit erreichte Praxisumsatz bei typisierender Betrachtung ein maßgebendes Indiz für den Umfang ist, auf den der Vertragsarzt seine vertragsärztliche Tätigkeit ausgerichtet hat. Die sachliche Rechtfertigung für solche Honorarkontingente ergibt sich aus dem Ziel, die Anreize zur Ausweitung der Leistungsmenge zu verringern, dadurch die Gesamthonorarsituation zu stabilisieren und damit die Kalkulierbarkeit der Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit zu verbessern sowie die Versorgungsqualität zu steigern (vgl. BSG, Urt. v. 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#) = [BSGE 92, 10](#) = [GesR 2004, 325](#) = [NZS 2004, 612](#), juris Rdnr. 17).

Der von der Rechtsprechung des BSG aufgestellte Schutz beinhaltet lediglich die Möglichkeit, im aktuellen Quartal bis zum Durchschnitt der Fachgruppe wachsen zu können. Umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen - typischerweise insbesondere neu gegründete Praxen - müssen die Möglichkeit haben, durch Erhöhung der Zahl der von ihnen behandelten Patienten den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Dem Vertragsarzt muss die Chance bleiben, durch Qualität und Attraktivität seiner Behandlung oder auch durch eine bessere Organisation seiner Praxis neue Patienten für sich zu gewinnen und so legitimerweise seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern. Das gilt für die damit verbundenen Umsatzsteigerungen jedenfalls bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe (vgl. BSG, Urt. v. 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) -, aaO., juris Rdnr. 26). Von daher war die Beklagte im Rahmen ihres Satzungsermessens befugt, die Durchschnittswerte der Fachgruppe bei der Bemessung des Individualbudgets für Neumitglieder einer Gemeinschaftspraxis heranzuziehen. Ein unbegrenztes Wachstum auch in den ersten Jahren einer Zulassung wird damit nicht garantiert. Nach den von der Klägerin in den streitbefangenen Quartalen erzielten Honorarumsätzen ist nicht ersichtlich, dass sie damit unterhalb der Umsätze ihrer Fachgruppe liegen würde. Dies wird auch nicht vorgetragen. Ebenso ist nicht ersichtlich, dass das Honorar unangemessen wäre mit der Folge, dass die Klägerin einen Anspruch auf ein höheres Honorar hätte (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breith 2005, 817, juris Rdnr. 129 ff.).

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf eine Sonderregelung auf der Grundlage der Nr. 2.6 oder Nr. 2.7 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM. Eine Sondersituation der Klägerin, die atypisch zur Situation der Praxen der Fachgruppe ist, ist nicht ersichtlich. Insbesondere sind Gründe der Sicherstellung nicht ersichtlich und werden auch nicht vorgetragen.

Soweit die Klägerin rügt, die Errechnung der Punktwerte sei nicht nachvollziehbar, so hat die Beklagte im Einzelnen erläutert, worauf die differierenden Angaben beruhen. Sie hat dargelegt, dass, soweit der untere Punktwert zuzüglich des Erhöhungsbetrages teilweise sogar unter 0,51 Cent liege, dies darauf zurückzuführen sei, dass noch der sog. Notdienstfaktor, d. h. der für den Honorarbereich C notwendige Vorwegabzug, und die EHV-Quotierung zu berücksichtigen seien. Auch der untere Punktwert unterliege diesen Abzügen. Die Abweichung der in der Arztrechnung angegebenen oberen Punktwerte von den im Widerspruchsbescheid wiedergegebenen oberen Punktwerten des Regelleistungsvolumens folge aus Nr. 3 der Anlage 3 zu LZ 702 (2) HVM. Danach unterlägen die oberen Punktwerte ihrerseits einer Quotierung, wenn der zur Verfügung stehende Honoraranteil nicht ausreichend sei zur Vergütung in Höhe des vorgesehenen Mindestpunktwertes. Von daher vermochte die Kammer keine Fehler in den Angaben oder Berechnungen zu erkennen.

Im Ergebnis war die Klage daher abzuweisen.

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

Aus
Login
HES
Saved

2008-04-24