

S 12 KA 546/07

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

1. Die Vergütung der Hautärzte im Quartal II/05 im Bereich der KV Hessen ist nicht zu beanstanden.
 2. Die Privilegierung von Gemeinschaftspraxen im EBM 2005 und im HVV der KV Hessen für das Quartal II/05 ist rechtmäßig (Anschluss an BSG, Beschl. v. 28.01.2004 - [B 6 KA 112/03 B](#) - juris Rdnr. 11 f.).
 3. Es bestand im Quartal II/05 keine Verpflichtung zur Auszahlung eines festen Punktwerts von 5,11 Cent.
1. Die Klage wird abgewiesen.
 2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für das Quartal II/05.

Die Klägerin ist als Hautärztin mit Praxissitz in A-Stadt seit 1996 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Die Beklagte setzte mit Honorarbescheid vom 22.01.2006 das Nettohonorar insgesamt auf 38.385,65 EUR fest.

Hiergegen legte die Klägerin am 28.02.2006 Widerspruch ein. Darin führte sie aus, der Widerspruch richte sich gegen die willkürliche rechtswidrige Benachteiligung der Einzelpraxen gegenüber den Gemeinschaftspraxen (EBM 2005, Ziffer 5.1), die Benachteiligung der Einzelpraxen gegenüber den Gemeinschaftspraxen der gleichen Fachgruppe (Regelleistungsvolumen), die weiterhin fehlerhafte bzw. unzureichende Berechnung der Kostensätze für das Fach Dermatologie auf der Grundlage der KPMG-Kostenerhebung, die vom Nettohonorar einbehaltene 0,117% zur Sicherung der allgemeinärztlichen Weiterbildung nach Einführung getrennter "Hausarzt/Facharzttopfe", das Abweichen von einem Punktwert von 5,11 Cent auf der Grundlage einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation und die mangelnde Verständlichkeit und Transparenz der Abrechnung und die in diesem Zusammenhang nicht nachvollziehbaren sachlichen und fachlichen Grundlagen.

Die Beklagte ersetzte den Honorarbescheid durch den Honorarbescheid vom 06.06.2006 aufgrund abrechnungstechnischer Probleme. Darin setzte sie das Nettohonorar auf insgesamt 38.375,21 EUR fest. Das Bruttohonorar für den Primär- und Ersatzkassenbereich setzte sie bei 1.756 Fällen auf 38.542,61 EUR fest. Im Rahmen der fallzahlabhängigen Quotierung nach Ziffer 5.2.1 des Honorarverteilungsvertrages ging sie von einer Fallzahlgrenze von 1.691 Fällen aus. Die rechnerisch relevante ambulante Ausgangsfallzahl betrug 1.756, die rechnerisch bereinigte ambulante Honoraranforderung 1.391.915,0 Punkte, der rechnerische Fallwert 792,7 Punkte. Hieraus errechnete sie ein anerkennungsfähiges Honorarvolumen von 1.361.065,9 Punkten und eine Quote von 97,78% des angeforderten relevanten Honorarvolumens. Im Rahmen des praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gemäß Ziffer 6.3 des Honorarverteilungsvertrages ging sie von einem rechnerischen Fallpunktwert von 552,6 Punkten, einem praxisbezogenen Regelleistungsvolumen von 951.024,6 Punkten, einem abgerechneten Honorarvolumen von 1.391.915,0 Punkten und einer Überschreitung von 440.890,4 Punkten aus. Bei Anwendung der Ausgleichsregelung gemäß Ziffer 7.5 des Honorarverteilungsvertrages ging sie von einer relevanten Fallzahl im Quartal II/04 von 1.661 und einem Referenz-Fallwert von 22,5829 EUR aus. Demgegenüber betrug die relevante aktuelle Fallzahl 1.756 Fälle und der relevante Fallwert 16,5354 EUR. Hieraus errechnete sie einen Auffüllungsbetrag in Höhe von 4,9188 EUR und einen Auffüllungsbetrag von insgesamt 8.170,12 EUR.

Die Beklagte wies unter Datum vom 03.03.2006 auf die Vielzahl der anhängigen Widerspruchsverfahren hin, weshalb das Verfahren

voraussichtlich nicht kurzfristig bearbeitet werden könne. Für die Klägerin meldete sich zunächst das Anwaltsbüro C & Kollegen im Rahmen eines Masseverfahrens bezüglich der Benachteiligung von Einzelpraxen bzw. Bevorzugung von Gemeinschaftspraxen. Der Prozessbevollmächtigte beantragte, u. a. auch aus verfahrensökonomischen Gründen, die Verfahren bis auf einzelne von noch zu benennenden Mandanten zum Ruhen zu bringen. Am 14.03.2007 reichte er die Vollmacht der Klägerin zur Verwaltungsakte. Im Mai 2007 überreichte er eine Liste von Widerspruchsführern, die keine Einschränkung ihrer Widersprüche auf den Gesichtspunkt "Benachteiligung von Einzelpraxen" wünschten.

Am 16.10.2007 erhob die Klägerin Klage zum Aktenzeichen S 12 KA 436/07. Sie beantragte, den Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal II/05 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, sie über ihren Honoraranspruch für das Quartal II/05 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, hilfsweise die Beklagte zu verurteilen, einen Widerspruchsbescheid zu erlassen.

Sie trug vor, die Klage sei in Form der Untätigkeitsklage zulässig. Das Widerspruchsverfahren müsse nicht abgewartet werden, weil die Beklagte nicht binnen drei Monaten über den Widerspruch entschieden habe. Es sei auch nicht damit zu rechnen, dass die Beklagte dem Widerspruch abhelfe. Die Sache sei eilbedürftig, da damit zu rechnen sei, dass sie ihre vertragsärztliche Tätigkeit aus wirtschaftlichen Gründen bereits in Kürze werde nicht mehr fortsetzen können. Sie sei seit 1996 in A Stadt zugelassen. Sie habe im Quartal II/05 pro Fall eine Vergütung von 21,83 EUR erhalten, demgegenüber habe sie im Quartal II/04 noch eine Vergütung von 23,94 EUR pro Fall erhalten (Nettohonorar: 39.745,00 EUR bei 1.660 Fällen). Dies sei pro Fall eine Mindereinnahme von ca. 9%. Im Quartal II/04 habe sie bei etwa 100 Fällen weniger ein um ca. 1.400,00 EUR höheres Honorar erhalten. Betrachte man die Einnahmen pro Patient im gesamten Jahr 2004, ergebe sich ein Honorar von 24,86 EUR pro Fall, im Jahr 2005 nur noch von 21,94 EUR. Dies entspreche einem Rückgang von 12%. Dies sei darauf zurückzuführen, dass die Honorarverteilung gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstoße. Die Entwicklung ihres Honorars betreffe auch die Entwicklung der gesamten Berufsgruppe. Die Hautärzte würden eklatant benachteiligt werden im Vergleich zu sonstigen Arztgruppen. Sie verdeutliche dies anhand einiger Schaubilder, deren Datengrundlage den Abrechnungen der Beklagten sowie der Kostenstrukturanalyse des Zentralinstituts für kassenärztliche Versorgung entstamme. Das vertragsärztliche Honorar der Hautärzte liege im Quartal II/05 bei 42.100,00 EUR, während das durchschnittliche fachärztliche Honorar 55.000,00 EUR betrage. Die Gruppe der Hautärzte liege etwa 23% unter dem Durchschnitt. Der "Soll-"Zustand unter Berücksichtigung der Betriebskosten gemäß des Urteils des BSG betrage 20.370,00 EUR, der "Ist-"Zustand im Durchschnitt 20.370,00 EUR, bei den Hautärzten 9.000,00 EUR. Ihre Arztgruppe habe nicht die geringste Chance, eine den anderen Arztgruppen vergleichbare Vergütung zu erhalten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 28.11.2007 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück.

Daraufhin erklärte die Klägerin am 03.03.2008 den Rechtsstreit für erledigt.

Im Widerspruchsbescheid vom 28.11.2007 führte die Beklagte zur Begründung aus, es erscheine fraglich, ob der Widerspruch im Hinblick auf die Rüge der Ungleichbehandlung von Einzelpraxen gegenüber Gemeinschaftspraxen mangels Beschwer als unzulässig zurückzuweisen wäre, da bei Nichtigkeit der entsprechenden Regelungen nicht feststehe, ob die Klägerin einen höheren Honoraranspruch erzielen würde. Der Widerspruch sei aber zumindest unbegründet. Der Honorarbescheid sei formell rechtmäßig. Er sei ausreichend begründet. Es reiche aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben würden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen könne. Es reiche aus, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechenvorgang aus dem HVM ergebe. Der Honorarbescheid lasse in seinen Anlagen die für die Berechnung des Honorars entscheidenden Berechnungsfaktoren erkennen. Der Honorarbescheid sei auch materiell rechtmäßig. Er verstoße nicht gegen den Grundsatz der Bestimmtheit, da er eindeutig die Höhe des Brutto- und Nettohonorars bestimme und mithin den Anforderungen des § 33 Abs. 1 SGB X genüge. Der EBM sei nicht offensichtlich rechtswidrig. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 sei korrekt umgesetzt worden. Darin sei nicht nur die Einführung des EBM und der Regelleistungsvolumina festgesetzt worden, sondern auch beschlossen worden, dass der ursprüngliche Beschluss vom 13.05.2004, der die Zugrundlegung eines Punktwertes von 5,11 Cent vorgesehen habe, nicht zum Ansatz komme. Bei unzureichender Gesamtvergütung müsse eine Quotierung erfolgen. Im Honorarverteilungsvertrag könne von den Vorgaben des EBM nicht abgewichen werden. Nach Ziffer 5.2.1 HVV erfolge eine fallzahlabhängige Quotierung, sofern die Fallzahl der jeweiligen Honorar (unter)gruppe im Vergleich zum entsprechenden Quartal des Jahres 2004 um mehr als 1% gestiegen sei. Bis zur Grenze der Fallzahl im entsprechenden Abrechnungsquartal des Jahres 2004 zuzüglich 2% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar (unter)gruppe werde die Honorarabrechnung zu 100% vergütet. Für alle darüber hinausgehenden Abrechnungsfälle erfolge die Anerkennung des Fallwertes zu 25% bzw. werde für die Berechnung des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens eine neue korrigierte Grenzfallzahl festgestellt. Im Ergebnis habe sich bei der Klägerin eine Quote von 97,78% des angeforderten relevanten Honorarvolumens ergeben. Für die Fachgruppe der Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten seien folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen festgelegt worden:

RLV-Fallpunktzahl

Primärkassen Ersatzkassen

Altersgruppe der Patienten in Jahren 0 - 5 6 -59) 60 0 - 5 6- 59) 60

Fallpunktzahl lt. HVV 277 428 528 379 652 677

Zur Bestimmung des Regelleistungsvolumens seien für die Klägerin 1.721 Fälle mit einem Fallpunktwert von 552,6 Punkten zu Grunde zu legen. Hieraus ergebe sich die Überschreitung des Regelleistungsvolumens um 440.890,4 Punkte. Diese Punkte würden zu einem unteren Punktwert vergütet werden. Die Anwendung der +/- 5%-Ausgleichsregelung habe zu einem Auffüllungsbetrag von insgesamt 8.170,12 EUR geführt. Es seien keine Anhaltspunkte erkennbar, dass der Grundsatz der angemessenen Vergütung zu Lasten der Hautärzte verletzt sein könnte. Ein Anspruch auf eine höhere Vergütung folge auch nicht unmittelbar aus Art. 12 GG. Der Honorarverteilungsvertrag genüge auch dem Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 Abs. 1 GG, da er sich im Rahmen der gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütung bei der Ermittlung des Arzthonorars an die im EBM festgelegten Relationen halte. Weder die Höhe des Ordinationskomplexes noch die Höhe der Fallpunktzahlen bei Gemeinschaftspraxen führten zu Rechtswidrigkeit des Honorarbescheides. Die Gewährung von entsprechenden Zuschlägen für Gemeinschaftspraxen im Vergleich zu Einzelpraxen sei bereits Bestandteil des EBM 1996 gewesen. In die seinerzeit eingeführten Komplexgebühren und vor allem der Ordinationsgebühr seien viele bis dahin als selbständige Gebührenordnungspositionen abrechenbare Leistungen aufgegangen. Im Hinblick auf das typischerweise größere Leistungsspektrum in Gemeinschaftspraxen habe dies bedeutet, dass der in der Ordinationsgebühr aufgegangene Anteil an Leistungen bei Gemeinschaftspraxen höher als bei Einzelpraxen gewesen sei. Dies sei der Grund für die Zuschläge gewesen. Im EBM 2005 kämen Leistungskomplexen noch eine wesentlich größere

Bedeutung zu. An der Systematik habe sich nichts geändert. Die Fortführung der Zuschläge sei mithin gerechtfertigt. Zudem habe der Gesetzgeber in [§ 87 Abs. 2a Satz 1 SGB V](#) alte Fassung vorgegeben, dass die im EBM für die ärztlichen Leistungen aufgeführten Leistungen unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen zu Leistungskomplexen oder Fallpauschalen zusammen zu fassen seien. In der Gesetzesbegründung werde auf den in der Regel höheren Behandlungsbedarf pro Patient bei einer kooperativen Versorgungsform hingewiesen, da in ihr oftmals mehrere Ärzte an der Behandlung beteiligt seien. Der im EBM 2005 geregelte Aufschlag für Gemeinschaftspraxen sei für sie verbindlich. Hinsichtlich des Aufschlags bei der Fallpunktzahl für Gemeinschaftspraxen habe das Bundessozialgericht die Regelung mehrfach bestätigt. Die vom Bundessozialgericht entwickelten Grundsätze könnten auf die aktuellen Zuschlagsregelungen übertragen werden. Den Regelungen lägen sachliche Erwägungen zugrunde. Sie seien weder willkürlich, noch verstießen sie gegen grundgesetzliche Vorgaben. Die Förderung von Kooperationsstrukturen stelle bereits allein ein ausreichendes Differenzierungskriterium für die entsprechenden Zuschlagsregelungen dar. Die im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 getroffenen Regelungen zur Festlegung von Regelleistungsvolumen seien gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#) kraft Gesetzes Bestandteil des Honorarvertrages geworden und somit für die Vertragsparteien bindend. Dies sei im HVV korrekt umgesetzt worden. Ein Verstoß gegen den Grundsatz der angemessenen Vergütung liege nicht vor. Die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen in Gemeinschaftspraxen ermöglicht häufig die Erbringung eines Leistungsumfanges, der ansonsten nur durch die Konsultation verschiedener Leistungserbringer möglich gewesen wäre. Dementsprechend höher sei der Punktzahlbedarf von Gemeinschaftspraxen. Der Bewertungsausschuss habe auch in seine Betrachtung den Umstand einbezogen, dass sich der Leistungsumfang bei arztgruppen- bzw. schwerpunktgleichen Gemeinschaftspraxen gegenüber dem arztgruppen- bzw. schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxen geringer darstellen könne und habe insoweit entsprechende Differenzierungen festgelegt.

Hiergegen hat die Klägerin am 28.12.2007 die Klage erhoben. Sie verweist auf ihren Vortrag im Verfahren zum Az.: S 12 KA 436/07. Ergänzend trägt sie vor, aus der von der Beklagten angeführten Rechtsprechung ziehe sie die falschen Schlüsse, indem sie behauptete, es seien keine Anhaltspunkte erkennbar, dass der Grundsatz der angemessenen Vergütung zu Lasten der Gruppe der Hautärzte verletzt sein könnte. Sie habe keineswegs auf ihre Ertragssituation der Praxis abgestellt, sondern auf die generelle Situation der Facharztgruppe der Hautärzte. Das Durchschnittseinkommen der hessischen Hautärzte betrage 9.240,00 EUR (Umsatz: 42.076,00 EUR abzüglich Betriebskosten: 32.836,00 EUR), das der Fachärzte 20.232,00 EUR (54.675,00 EUR abzüglich 32.836,00 EUR). Der Honorarumsatz müsse um 26,1 % angehoben werden, um ein vergleichbares Honorar zu erhalten. Im Folgequartal III/05 habe sich die Situation weiter verschlechtert.

Die Klägerin beantragt, unter Abänderung des Honorarbescheids für das Quartal II/05 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.11.2007 die Beklagte zu verurteilen, sie über ihren Honoraranspruch für das Quartal II/05 unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt weiter vor, auch aus dem Urteil des BSG v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - folge kein Anspruch auf ein höheres Honorar.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

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

Die Klage ist aber unbegründet. Der angefochtene Honorarbescheid für das Quartal II/05 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.11.2007 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung über ihren Honoraranspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Die Festsetzung des Regelleistungsvolumens ist rechtmäßig.

Nach der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Verbänden der Krankenkassen zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005, bekannt gemacht als Anlage 2 zum Landesrundsreiben/Bekanntmachung vom 10.11.2005 (HVV), der insoweit im Jahr 2006 fortgeführt wurde, sind nach Ziffer 6.3 praxisindividuelle Regelleistungsvolumen zu bilden, da die Klägerin zu den entsprechenden Arztgruppen gehört.

Im Einzelnen bestimmt Ziffer 6.3 HVV:

"Die im Abrechnungsquartal für eine Praxis zutreffende Fallpunktzahl bestimmt sich aus der Zugehörigkeit der Ärzte einer Praxis zu einer in der Anlage 1 angeführten Arzt-/Fachgruppe unter Beachtung der angeführten Altersklassen. Bei Gemeinschaftspraxen bestimmt sich die Höhe der in der einzelnen Altersklasse zu treffenden Fallpunktzahl als arithmetischer Mittelwert aus der Fallpunktzahl der in der Gemeinschaftspraxis vertretenen Ärzte (gemäß Zuordnung entsprechend Anlage zu Ziffer 6.3) verbunden mit folgender Zuschlagsregelung:

130 Punkte bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Gemeinschaftspraxen sowie bei Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung gemäß Angestellten-Ärzte Richtlinien unterliegen,

alternativ

30 Punkte je in einer arztgruppen- oder schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxis repräsentiertem Fachgebiet oder Schwerpunkt, mindestens jedoch 130 Punkte und höchstens 220 Punkte

Bei der Ermittlung der Zuschlagsregelung bleiben Ärzte aus Arztgruppen, für die gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 keine arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen definiert sind, unberücksichtigt.

Die Zuschlagsregelung findet keine Anwendung bei Praxen mit angestellten Ärzten bzw. zugelassenen Ärzten, die einer Leistungsbeschränkung gemäß Bedarfsplanungsrichtlinien bzw. Angestellten-Ärzte-Richtlinien unterliegen. Für Ärzte bzw. Psychotherapeuten, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, richtet sich die Höhe der Fallpunktzahl in den einzelnen Altersklassen nach dem Schwerpunkt der Praxistätigkeit bzw. dem Versorgungsauftrag mit dem der Arzt bzw. Psychotherapeut zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

Das im aktuellen Abrechnungsquartal gültige praxisindividuelle (fallzahlabhängige) Regelleistungsvolumen einer Praxis bestimmt sich dann aus der Multiplikation der im aktuellen Quartal nach verstehender Vorgabe ermittelten arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der relevanten Fallzahlen in die verschiedenen Altersklassen.

Bei der Ermittlung der für die einzelnen Altersklassen gültigen relevanten Fallzahlen einer Praxis sind alle kurativ ambulanten Behandlungsfälle (gemäß § 21 Abs. 1 Satz 1 und Absatz 2 BMVÄ bzw. § 25 Absatz 1 Satz 1 GKV zugrunde zu legen, ausgenommen Behandlungsfälle, die gemäß Anlage 1 und 2 zu Ziffer 7.1 Honorierung kommen, Notfälle im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. Notdienst (Muster 19 A der Vordruckvereinbarung), Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen sowie Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels V. 40 abgerechnet werden. Die so festgestellten Fallzahlen reduzieren sich dabei (vorab der Berechnung des praxisindividuellen (fallzahlabhängigen) Regelleistungsvolumens) aufgrund einer zuvor durchgeführten fallzahlabhängigen Bewertung (Fallzahlbegrenzungsregelung) gemäß Ziffer 5.2, wobei die aus dieser Maßnahme resultierende Reduzierung anteilig auf die Altersklassen zu verteilen ist.

Das nach dieser Vorschrift festgestellte Regelleistungsvolumen einer Praxis im aktuellen Quartal ist dann nachfolgend für jeden über 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal hinausgehenden Fall um 25% zu mindern. Die Feststellung der relevanten durchschnittlichen Fallzahl erfolgt bei Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung unterliegen, je in der Gemeinschaftspraxis tätigen Arzt bzw. Psychotherapeuten.

Für die Bildung des Regelleistungsvolumens einer Praxis im Abrechnungsquartal gilt im Übrigen eine Fallzahlobergrenze in Höhe von 200% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal. Überschreitet eine Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal diese Fallzahlobergrenze, tritt diese anstelle der praxisindividuellen Fallzahl bei der Ermittlung des praxispezifischen Regelleistungsvolumens. Dabei bestimmt sich im Falle von Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten, die keiner Leistungsbeschränkung unterliegen, die Fallzahlobergrenze aus den arztgruppenbezogenen durchschnittlichen Fallzahlen im entsprechenden Vorjahresquartal je in der Gemeinschaftspraxis tätigen Art bzw. Psychotherapeuten.

Für Ärzte bzw. Psychotherapeuten, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, bestimmt sich die durchschnittliche Fallzahl im entsprechenden Vorjahresquartal für vorstehende Bewertungsvorgaben bzw. Fallzahlobergrenze aus der Honorar(unter)gruppe, zu der sie nach dem Versorgungsauftrag zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

Soweit in der Anlage zu Ziffer 6.3 Arztgruppen nicht aufgeführt sind, gehen deren Fälle und Honoraranforderungen nicht in die Berechnung des praxispezifischen Regelleistungsvolumens ein.

Der Vorstand der KV Hessen ist ermächtigt, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogenen Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 vorzunehmen."

Die Kammer hält diese Regelungen, soweit sie hier streitbefangen sind, grundsätzlich für rechtmäßig.

Nach § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung v. 20.12.1988, [BGBl. I S. 2477](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) v. 14.11.2003, [BGBl. I S. 2190](#) mit Gültigkeit ab 01.01.2005 (SGB V), verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73) ([§ 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 an; für die Vergütung der im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am 31. Dezember 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab angewandt ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen ([§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)). Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten ([§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden ([§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat 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](#)). Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung ([§ 85 Abs. 4 Satz 9 SGB V](#)). Die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 4a Satz 1 getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Vereinbarungen nach Satz 2 ([§ 85 Abs. 4](#)

[Satz 10 SGB V](#)). Dabei bestimmt nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) der Bewertungsausschuss Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind; er bestimmt ferner, erstmalig bis zum 29. Februar 2004, den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4](#), 6, 7 und 8 SGB V zu treffenden Regelungen.

Der Bewertungsausschuss ist seinen Regelungsverpflichtungen nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) 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](#) mit Wirkung zum 1. Januar 2005 (Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 46 vom 12.11.2004, Seite A-3129 = B-2649 = C-2525) (im Folgenden: BRLV) 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 (Arzt-Abrechnungsnummer) im jeweiligen Kalendervierteljahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (ggf. jeweils vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten sind. Für den Fall der Überschreitung der Regelleistungsvolumen ist vorzusehen, dass die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergüten ist (III.2.1 BRLV). Für die Arztpraxis oder das medizinische Versorgungszentrum, die bzw. das mit mindestens einer der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sind im Honorarverteilungsvertrag nachfolgende Regelleistungsvolumina zu vereinbaren, für die dieser Beschluss die Inhalte der Regelungen vorgibt (III.3.1 Abs. 1 BRLV). Die in 4. aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen unterliegen nicht den Regelleistungsvolumina (III.3.1 Abs. 4 BRLV).

Die von der Klägerin abgerechneten hautärztlichen Leistungen gehören nicht zu den unter III.4 BRLV aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die nicht den Regelleistungsvolumina unterliegen.

In der Anlage 1 BRLV werden unter den Arztgruppen, für die Arztgruppentöpfe gemäß III.1. BRLV und Regelleistungsvolumen gemäß III.3.1 BRLV berechnet werden, die Fachärzte für Hautkrankheiten genannt. Entsprechend hat der HVV auch die Fach(unter)gruppe gebildet.

Mit dem GMG hat der Gesetzgeber die bisher als Soll-Vorschrift ausgestaltete Regelung zu den Regelleistungsvolumina verbindlich vorgegeben. Dadurch soll erreicht werden, dass die von den Ärzten erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Grenzwert mit festen Punktwerten vergütet werden und den Ärzten insoweit Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihrer Praxisumsätze und -einkommen gegeben wird. Leistungen, die den Grenzwert überschreiten, sollen mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werden; damit soll zum einen der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung getragen werden, zum anderen soll der ökonomische Anreiz zur übermäßigen Mengenausweitung begrenzt werden (vgl. [BT-Drs. 15/1170, S. 79](#)).

Regelleistungsvolumina dienen damit der Kalkulationssicherheit bei der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (vgl. Engelhard in: Hauck/Haines, SGB V, Kommentar, § 85, Rn. 256a f.; Freudenberg in: jurisPK-SGB V, Online-Ausgabe, Stand: 26.02.2008, § 85, Rn. 164). Zum anderen haben sie aufgrund des Zwecks, der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung zu tragen als auch den ökonomischen Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge zu verringern, auch den Charakter von Honorarbegrenzungsmaßnahmen (vgl. Engelhard, ebd.). Nach Auffassung der Kammer steht aber angesichts der gesetzgeberischen Vorgaben der Gesetzeszweck der Kalkulationssicherheit im Vordergrund, insbesondere auch im Hinblick auf eine begrenzte Gesamtvergütung bei insgesamt steigenden Leistungsanforderungen.

Ausgehend von den Vorgaben im HVV hat die Beklagte das Regelleistungsvolumen und insbesondere die arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen zutreffend berechnet.

Ein Ausnahmefall, der ein Abweichen vom festgesetzten Regelleistungsvolumen rechtfertigen würde liegt nicht vor. Die Klägerin hat auch keine entsprechenden Gründe vorgetragen.

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

[§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) sieht zwar vor, dass insbesondere arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). Die Kammer hält die Vertragsparteien des Honorarverteilungsvertrages aber für befugt, diesen Punktwert zu quotieren, d. h. davon abhängig zu machen, welches Honorarvolumen den abgerechneten Leistungen gegenübersteht. Insofern verbleibt den Vertragsparteien des Honorarverteilungsvertrages ein Regelungsspielraum. Andernfalls wären sie bei einer begrenzten Gesamtvergütung gezwungen, einen niedrigeren festen Punktwert vorzugeben. Damit würde gerade der Honoraranspruch der Praxen, deren Abrechnung sich im Wesentlichen innerhalb des Regelleistungsvolumens bewegt, eher vermindert werden. Die Vorgabe des Regelleistungsvolumens geht aber davon aus, dass damit grundsätzlich das Leistungsgeschehen adäquat erfasst wird und ein auskömmliches Praxisergebnis erzielt werden kann. Die Quotierung innerhalb des Regelleistungsvolumens führt im Ergebnis dazu, dass im Regelfall ein höherer Punktwert innerhalb des Regelleistungsvolumens erreicht wird, ohne dass es zu Stützungsmaßnahmen aus den anderen Honorar(unter)gruppen kommt.

Nicht zu beanstanden war von der Kammer ferner, dass die das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungsanforderungen mit einem einheitlichen, dem sog. unteren Punktwert vergütet werden. Soweit nach [§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#) für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte vorzusehen ist, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird, folgt für die Kammer nicht, dass "abgestaffelt" so zu verstehen ist, dass mindestens zwei Punktwertgruppen zu bilden sind. "Abgestaffelt" ist nach Auffassung der Kammer so zu verstehen, dass ein geringerer Punktwert zur Auszahlung gelangt als für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens, was vorliegend der Fall war.

Eine rechtswidrige Benachteiligung der Einzelpraxen gegenüber den Gemeinschaftspraxen war für die Kammer weder im EBM 2005 noch im Honorarverteilungsvertrag zu erkennen.

Nach dem seit 01.04.2005 geltenden EBM 2005 erhalten Ärzte, die in Gemeinschaftspraxen tätig sind, einen Aufschlag von mindestens 10 und höchstens 105 Punkten auf den Ordinationskomplex (vgl. im Einzelnen Abschnitt I "Allgemeine Bestimmungen" Nr. 5.1 EBM 2005). Diese Regelung hat der Honorarverteilungsvertrag der Beklagten übernommen (vgl. § 2 Nr. 2.1 Satz 1 und 2.9.1 HVV). Bei der Bildung des Regelleistungsvolumens erhalten Gemeinschaftspraxen zu der aus dem arithmetischen Mittelwert des Regelleistungsvolumens der einzelnen Ärzte gebildeten Fallpunktzahl einen Zuschlag von 130 Punkte bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Gemeinschaftspraxen sowie bei Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung gemäß der Angestellten-Ärzte-Richtlinien unterliegen, alternativ 30 Punkte je in einer arztgruppen- oder schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxis repräsentiertem Fachgebiet oder Schwerpunkt, mindestens jedoch 130 Punkte und höchstens 220 Punkte (Nr. 6.3 Satz 2 HVV). Dies auf Ziffer 3.2.2 BRLV beruhende Regelung widerspricht weder dem Gebot der leistungsproportionalen Vergütung noch dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art. 3 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 12 Abs. 1 GG](#)).

Das Bundessozialgericht hat bereits zur Privilegierung von Gemeinschaftspraxen bei der Festsetzung der Fallpauschalen für das Praxisbudget nach dem EBM 1996 ausgeführt, es lasse ebenso wie das Berufungsgericht offen, ob ein klagender Vertragsarzt in einer Einzelpraxis durch eine - unterstellte - Rechtswidrigkeit der Regelung der Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B, Nr. 1.6 EBM 1996 über die Berechnung der Fallpunktzahl bei Gemeinschaftspraxen und insbesondere über den Aufschlag von 10 v. H. für Gemeinschaftspraxen zwischen Hausärzten oder Fachärzten derselben Gebietsbezeichnung beschwert sein könne. Es liege nicht auf der Hand, dass der klagende Vertragsarzt bei Nichtigkeit der entsprechenden Regelung ein höheres Honorar erhalten würde, weil nicht erkennbar sei, wie die Normgeber des EBM auf eine evtl. Feststellung der Unwirksamkeit der Begünstigungsregelung in Nr. 1.6, aaO, EBM 1996 reagieren würden. Dies bedürfe jedoch keiner Vertiefung, weil die Frage, ob die Regelung über den prozentualen Aufschlag zur Fallpunktzahl für Gemeinschaftspraxen im EBM 1996 rechtmäßig sei, keiner Klärung in einem Revisionsverfahren bedürfe. Sie sei vielmehr auf der Grundlage der Rechtsprechung des Senats zur Gestaltungsfreiheit des Bewertungsausschusses (z. B. [BSGE 89, 259](#), 264 = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 34 S 192](#)) ohne weiteres zu bejahen. Es sei nicht ersichtlich, dass der Bewertungsausschuss als Normgeber des EBM 1996 die ihm zukommende Gestaltungsfreiheit im Rahmen des [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) verletzt haben könnte. Der Regelung über den Aufschlag bei der Fallpunktzahl für Gemeinschaftspraxen lägen sachliche Erwägungen zu Grunde. Zum einen solle die Tätigkeit in Gemeinschaftspraxen gefördert werden. Zum anderen trage die Regelung dem Bemühen Rechnung, den interkollegialen Aufwand bzw. die Kosten für konsiliarische Rücksprachen zwischen den Partnern einer Gemeinschaftspraxis abzugelten, zumal die mit 50 Punkten bewertete konsiliarische Erörterung nach Nr. 44 EBM 1996 zwischen zwei oder mehr Ärzten derselben Gebietsbezeichnung nicht berechnungsfähig sei, wenn diese Mitglieder derselben Gemeinschaftspraxis seien. Selbst wenn sich der Normgeber bei der Einführung des Aufschlags zur Fallpunktzahl für Gemeinschaftspraxen auch von der Erwägung hätte leiten lassen, die mit den Einschränkungen bei der Ordinationsgebühr verbundenen Mindereinnahmen für Gemeinschaftspraxen zu kompensieren, um damit die Attraktivität von Gemeinschaftspraxen gegenüber Praxisgemeinschaften zu steigern, wäre das nicht zu beanstanden. Das gelte jedenfalls, solange die Regelungen über die Praxisbudgets nicht insgesamt dazu führten, dass eine Einzelpraxis wirtschaftlich nicht mehr betrieben werden könne. Der Umstand, dass nach wie vor die Mehrzahl der vertragsärztlichen Praxen in Deutschland Einzelpraxen seien, lasse es als ausgeschlossen erscheinen, dass die - geringfügige - Privilegierung von Gemeinschaftspraxen bei der Festsetzung der Fallpunktzahl für das Praxisbudget nennenswerte Auswirkungen auf den wirtschaftlichen Erfolg von vertragsärztlichen Einzelpraxen habe (vgl. BSG, Beschl. v. 28.01.2004 - [B 6 KA 112/03 B](#) - juris Rdnr. 11 f.).

Die Kammer schließt sich diesen Ausführungen an. Sie sieht auch insofern für den Bewertungsausschuss und die Vertragsparteien des Honorarverteilungsvertrages einen hinreichenden Gestaltungsspielraum, den diese nicht überschritten haben. Es ist nicht erkennbar, dass diese sich von sachfremden Erwägungen hätten leiten lassen. Es ist eine vertretbare Einschätzung des Bewertungsausschusses, wenn er von einem höheren Behandlungsaufwand pro Fall in einer Gemeinschaftspraxis als in einer Einzelpraxis ausgeht. Dies gilt gerade auch unter Geltung des EBM 2005, der vermehrt zu Komplexziffern übergegangen ist. Gleichfalls obliegt es der Entscheidungsprerogative des Bewertungsausschusses, wie hoch er diesen Mehraufwand schätzt und in welchem Umfang damit die Bildung von Gemeinschaftspraxen gefördert werden soll. Die Zuerkennung von festen Punktezahlen als Zuschlag, unabhängig von der Höhe des Ordinationskomplexes, ist im Rahmen einer dem Normgeber zustehenden Pauschalierung nicht zu beanstanden. Sie führt jedenfalls nicht zu unververtretbaren Verzerrungen zwischen den Arztgruppen.

Soweit die Klägerin eine weiterhin fehlerhafte bzw. unzureichende Berechnung der Kostensätze für das Fach Dermatologie auf der Grundlage der KPMG-Kostenerhebung rügt, ist dieser Vortrag nicht im Einzelnen und nachvollziehbar begründet. Der EBM 2005 hat gegenüber dem EBM 1996 zu veränderten Leistungsbewertungen auch im Bereich der Klägerin geführt, so dass die Regelungen jedenfalls im Sinne einer Anfangs- und Erprobungsregelung für das streitbefangene Quartal nicht zu beanstanden sind.

Soweit die Beklagte zur Sicherung der allgemeinärztlichen Weiterbildung Kostenanteile erhebt, handelt es sich um die Erhebung von Verwaltungskosten im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung, wozu sie befugt ist (vgl. im Einzelnen BSG, Urte. v. 28.11.2007 - [B 6 KA 1/07 R](#) -, juris Rdnr. 15 ff.).

Es bestand auch keine Verpflichtung zur Auszahlung eines festen Punktwerts von 5,11 Cent. Zutreffend hat die Beklagte dargelegt, dass der Bewertungsausschuss insofern zum Inkrafttreten des EBM 2005 keine bindende Vorgabe weder generell noch für einzelne Leistungsbereiche gemacht hat. Soweit der EBM 2005 auf der Grundlage einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation mit einem Punktwert von 5,11 Cent erstellt wurde, handelt es sich um eine Rechengröße. Eine Rechtsgrundlage für einen Anspruch auf Auszahlung eines festen Punktwerts ist der Kammer nicht ersichtlich. Vielmehr beschränkt sich der Anspruch des Vertragsarztes auf die Teilnahme an der Honorarverteilung und nicht auf einen bestimmten Honoraranspruch ([§ 85 Abs. 4 SGB V](#)).

Soweit eine mangelnde Verständlichkeit und Transparenz der Abrechnung und die in diesem Zusammenhang nicht nachvollziehbaren sachlichen und fachlichen Grundlagen gerügt werden, handelt es sich um den Vortrag, der Honorarbescheid sei nicht ausreichend begründet.

Einer Begründung bedarf der Honorarbescheid im Hinblick auf [§ 35 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) nur hinsichtlich der wesentlichen Faktoren, die für die Berechnung des Honorars wesentlich sind. Die Vorschrift verlangt nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Vielmehr sind dem Betroffenen nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Dabei richten sich Inhalt und Umfang der notwendigen Begründung nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets und nach den Umständen des einzelnen Falles. Die Begründung braucht sich nicht ausdrücklich mit allen in Betracht kommenden Umständen und

Einzelüberlegungen auseinander zu setzen. Es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen kann. Die Verwaltung darf sich deshalb auf die Angabe der maßgebend tragenden Erwägungen beschränken und braucht Gesichtspunkte und Umstände, die auf der Hand liegen oder dem Betroffenen bekannt sind, nicht nochmals ausführlich darzulegen. Bei Honorarbescheiden dürfen die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden. Denn bei ihnen kommt dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut ist bzw. zu dessen Pflichten es gehört, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen. Das erlaubt es den KÄVen, auch hinsichtlich der Honorarberechnung entsprechende Kenntnisse, welche von ihr regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet werden, vorzusetzen und die Begründung ihrer Honorarbescheide hierauf einzustellen. Im Hinblick hierauf hat es das BSG nicht für erforderlich gehalten, dass eine KÄV alle für die Festlegung einer Honorarbegrenzungsmaßnahme wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen im Bescheid aufführt; es reicht vielmehr aus, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechenvorgang aus dem HVM ergibt (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. 32 f. m. w. N.).

Diesen Anforderungen wird die Begründung der angefochtenen Honorarbescheids gerecht. Denn sie enthalten die für die Berechnung des Honorars maßgeblichen Faktoren: die Honoraranforderung, von der die Beklagte ausgegangen ist, das Ergebnis der durchgeführten Honorarbegrenzungsmaßnahmen, die zu Grunde gelegten Punktwerte und die vorgenommenen Abzüge.

Soweit die Klägerin sich letztlich gegen eine zu geringe Vergütung ihrer Leistungen wendet, kann dies keinen höheren Honoraranspruch begründen.

Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der KÄVen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass (auch) die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Aus dieser Bestimmung kann ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für ärztliche Tätigkeiten erst dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet wird (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - aaO., juris Rdnr. 130 m. w. N.). Anzeichen hierfür sind nicht ersichtlich. Auch für das Fachgebiet der Klägerin besteht im Bezirk der Beklagten bedarfsplanungsrechtlich weiterhin eine Überversorgung und wird damit die vertragsärztliche Versorgung gewährleistet.

Die Klägerin stellt ferner darauf ab, dass jede Arztgruppe die Chance haben muss, eine den anderen Arztgruppen vergleichbare Vergütung zu erhalten (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - aaO., juris Rdnr. 43 m. w. N.). Auch wenn nicht zu verkennen ist, dass die Durchschnittsumsätze der Fachgruppe der Klägerin rückläufig sind, so ist nicht ersichtlich, dass innerhalb der gesamten Arztgruppe nur unzureichende Einkommen erzielt werden könnten. Angesichts der recht unterschiedlichen Kostenstrukturen kann aus einem Durchschnittsumsatz aller Ärzte bzw. an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nicht auf ein hohes oder niedriges Einkommen einer Arztgruppe geschlossen werden, je nachdem, ob dieser Durchschnittsumsatz über- oder unterschritten wird. Nachvollziehbare Kostenanalysen, die für die gesamte Fachgruppe der Klägerin nachweisen könnten, dass nur noch unzureichende Einkommen erzielt werden könnten, sind der Kammer nicht ersichtlich. Die Klägerin trägt selbst vor, für die Fachgruppe sei von einem Umsatz pro Quartal von 42.100 Euro auszugehen. Bei unterstellten Kostenstrukturen von 40 % bis 60 % ließen sich dann noch monatlich durchschnittliche Gewinne allein aus Honoraren aus Leistungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 5.600 Euro bis 8.420 Euro erzielen. Von daher geht die Kammer davon aus, dass im streitbefangenen Quartal eine unzureichende Honorierung nicht vorliegt, wenn sie auch nicht verkennt, dass die wirtschaftliche Lage im Einzelfall durchaus schwierig sein kann.

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
2011-08-16