S 12 KA 35/08

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 35/08
Datum
24.09.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 85/10
Datum
13.01.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Die Regelungen zur Vergütung der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2005 im HVV der KV Hessen für die Quartale ab II/05, nach denen der Punktwert von 4 Ct. quotiert werden kann, soweit der Verteilungsbetrag hierfür nicht ausreicht, wobei der quotierte Punktwert den für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens nicht unterschreiten darf, ist nicht zu beanstanden.
1. Unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale II und III/05 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.12.2007 wird die Beklagte verurteilt, die Klägerin unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

3. Die Klägerin hat zu 11/12, die Beklagte zu 1/12 die Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat der Klägerin 1/12 der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die Quartale II und III/05 und hierbei insbesondere um die Vergütung der Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens zu einem Punktwert von mindestens 4 Cent, der Vergütung weiterer Leistungen zu einem Punktwert von 5,11 Cent um die Honorarkürzung nach Ziffer 7.5 HVV und die Vergütung der kurativen Koloskopie zu einem vereinbarten Punktwert.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxissitz in A-Stadt, die in den streitbefangenen Quartalen aus drei als Internisten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte bestand. Frau ZN. war mit dem Schwerpunkt Hämatologie/Internistische Onkologie zugelassen, die beiden übrigen Ärzte nahmen ohne Schwerpunkt ebf. an der fachärztlichen Versorgung teil.

Die Beklagte setzte in den streitbefangenen Quartalen das Honorar der Klägerin durch Honorarbescheid fest, wogegen die Klägerin jeweils Widerspruch einlegte. Im Einzelnen ergeben sich die Festsetzungen aus nachfolgender Übersicht:

Es folgt eine Tabelle, die aus technischen Gründen nicht dargestellt werden kann:

II/05 III/05 Honorarbescheid vom 29.06.06 12.08.2006 Widerspruch eingelegt am 18.08.2006 02.11.2006 Nettohonorar gesamt in EUR 72.263,09 68.185,48 Bruttohonorar PK + EK in EUR 70.047,25 67.250,33 Fallzahl PK + EK 865 788 Angefordertes Honorar Basis EBM 2005 in EUR 139.576,39 125.169,31 Anerkannte Honorarforderung nach Anw. HVV in EUR 139.576,39 125.169,31

Fallzahlabhängige Quotierung Ziff. 5.2.1 HVV - - Fallzahlgrenze 901 829 Aktuelle Fallzahl 847 788

Regelleistungsvolumen Ziff. 6.3 HVV Fallwert 1.484,8 1.472,3 Fallzahl 847 778 Praxisbezogenes RLV in Punkten 1.257.574,0 1.145.384,0 Abgerechnetes Honorarvolumen in Punkten 1.705.480,0 1.518.838,0 Überschreitung in Punkten 447.834,4 373.388,6

Ausgleichsregelung Ziff. 7.5 HVV Referenz-Fallzahl 860 793 Referenz-Fallwert EUR 61,7218 70,5885 Aktueller Fallwert EUR 69,0226 66,0968 Kürzungsbetrag je Fall EUR - 4,2163 - Kürzungsbetrag gesamt in EUR - 3.647,08 -

Zur Begründung ihrer Widersprüche trug die Klägerin vor, sie erhebe Einspruch gegen die "Topf im Topf"-Regelung, die eine unverhältnismäßige Entwertung der Punktwerte für Gastroenterologen und Fachinternisten bedeute, gegen die Quotierung der kurativen

Koloskopie, gegen die ruinöse Unterbezahlung der Gastroskopien, Koloskopien, aller sonographischen Leistungen sowie Beratungsleistungen sowie gegen die Intransparenz der Abrechnung und der Zuordnung des Morbiditätsrisikos mit der Konsequenz der Planungsunsicherheit.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 19.12.2007 den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, der Honorarbescheid sei formell rechtmäßig. Es sei ausreichend, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechenvorgang aus dem HVM ergebe. Der Honorarbescheid lasse in seinen Anlagen, die Bestandteile des jeweiligen Verwaltungsaktes seien und im Wesentlichen die Begründung beinhalteten, die für die Berechnung des Honorars entscheidenden Berechnungsfaktoren erkennen. Der Honorarbescheid sei auch materiell rechtmäßig. Die vom Bewertungsausschuss gemachten Vorgaben seien einzeln mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Hessen verhandelt und im Rahmen des Honorarverteilungsvertrages vereinbart worden. Die Klägerin gehöre der Honoraruntergruppe B 2.13 an und sei abrechungstechnisch der Fachgruppe / Arztgruppe VFG-VTG 33-09 zugeordnet. Gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 des Honorarverteilungsvertrages seien folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen festgelegt:

Es folgt eine Tabelle, die aus technischen Gründen nicht dargestellt werden kann.

RLV-Fallpunktzahl Primärkassen Ersatzkassen Altersgruppe der Patienten in Jahren: 0-5 6-59) 60 0-5 6-59)60 Fallpunktzahl Internisten ohne Schwer- punkt 714 (2x) 963 (2x) 1304 (2x) 921 (2x) 1058 (2x) 1200 (2x) Fallpunktzahl Hämatologen 1556 1387 1652 2059 1820 2179 arithmet. Mittelwert 995 1104 1420 1300 1312 1526 Fallpunktzahl inkl. GP-Zuschlag 1125 1234 1550 1430 1442 1656

Das Regelleistungsvolumen führe nicht zu einem Ausschluss der Honorierung der durchgeführten Leistungen, sondern es erfolge eine Bewertung der überschreitenden Honorarforderung zu einem unteren Punktwert. Die Leistungen nach der Ziffer 13421 EBM 2005 seien entsprechend den Vorgaben im Honorarverteilungsvertrag im Leistungsbereich 4.1 zugewiesen und unterlägen somit nicht dem Regelleistungsvolumen, sondern würden innerhalb der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe als Vorwegleistung vergütet werden. Nach Ziff. 6.4 HVV erfolge eine Bewertung zu einem Punktwert von 4,0 Cent – vorbehaltlich einer ggf. erforderlichen Quotierung -. Über die Quotierung der koloskopischen Leistungen sei zeitnah und hinreichend informiert worden. Im Info.doc – März 2005 sei dargelegt worden, dass für die Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 764 EBM 1996 die bisherige Sonderregelung mit einem eigenständigen Honorierungsanteil innerhalb der jeweiligen arzt-/fachgruppebezogenen Honorar(unter)gruppe auch nach Einführung des Regelleistungsvolumens in die Gesamtvergütungsstruktur weitergeführt werde. Dies resultiere aus einer auf Bundesebene abgeschlossenen Rahmenempfehlung, die im Zusammenhang mit der Neudefinition der Leistungen der kurativen Koloskopie seinerzeit ergangen sei. Der darin vorgesehene feste Punktwert sei bereits in der Vergangenheit als quotierter Punktwert in die Abrechnung eingegangen. An der Systematik habe sich nichts verändert. Die Punktwerte für Leistungen der kurativen Koloskopie (Ziff. 13421 EBM 2005) hätten für die Fachgruppe der Internisten ohne Schwerpunkt für den Primärkassenbereich bei 2,963 Cent und für den Ersatzkassenbereich bei 3,257 Cent im Quartal II/05 betragen, im Quartal III/05 entsprechend 2,952 Cent bzw. 3,277 Cent. Eine Sonderregelung komme nicht in Betracht. Nach den Vorgaben des Vorstandes müssten hierfür Gründe der Sicherstellung vorliegen. Dies setze voraus, dass im Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden. Ein Sicherstellungsproblem im Hinblick auf die vertragsärztliche Versorgung mit Leistungen der Gastroenterologie sei für das Gebiet in und um A-Stadt nicht zu konstatieren. Es seien im Planungsbereich 12 Ärzte niedergelassen, die gastroenterologische Leistungen erbrächten. Soweit der Kläger eine Unterbezahlung für bestimmte Leistungen rüge, sei auf die begrenzte Gesamtvergütung hinzuweisen. Diese führe zu einer Quotierung.

Hiergegen hat die Klägerin am 18.01.2008 die Klage erhoben. Sie trägt vor, mit den Verbänden der Krankenkassen/Ersatzkassen sei eine Vergütung für Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens in Höhe von 4 Cent vereinbart worden. Diese Vergütungshöhe sei nicht vereinbar mit dem Sinn und Zweck des EBM 2005, dessen Leistungen auf der Basis von 5,11 Cent pro Punkt betriebswirtschaftlich kalkuliert worden seien. Der Punktwert von 4 Cent lasse eine Kostendeckung nicht mehr zu. Es dürften auch nur die den Grenzwert überschreitenden Leistungen mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werden. Entgegen der Vereinbarung eines Punktwerts von 4 Cent würden auch die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens quotiert werden. Die von der Beklagten zitierte sozialgerichtliche Rechtsprechung stamme aus einer Zeit vor Einführung des Regelleistungsvolumens. So habe das Sozialgericht Stuttgart festgestellt, dass eine Quotierung unzulässig sei. Die Beklagte habe die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nicht vollständig umgesetzt, so seien z.B. Leistungen wie Besuche, dringende Besuche, praxisklinische Betreuungen und Briefe und Gutachten im Bereich der Beklagten ausschließlich innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet worden. Diese Leistungen seien aber mindestens dem Leistungsbereich 4.1 HVV zuzuordnen und mit festen Punktwerten außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten. Ausnahmen lasse der Beschluss des Bewertungsausschusses nicht zu. Der Beschluss des Bewertungsausschusses sei verbindlich. Soweit die Beklagte auf die Einbeziehung der kurativen Koloskopie in den Leistungsbereich 4.1 verweise, so würden auch diese Leistungen nur quotiert vergütet werden. Dies sei ebenfalls mit den Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht vereinbar. Die Honorarkürzung im Quartal II/05 durch die Anwendung der Ziff. 7.5 HVV sei rechtswidrig. Dadurch werde der EBM konterkariert. Im Quartal III/05 sei keine Auffüllung gem. Ziff. 7.5 HVV vorgenommen worden, obwohl ein Fallwertverlust von mehr als 5 % zum Vorjahresquartal III/04 festzustellen sei. Es hätte eine Auffüllung pro Fall in Höhe von 0,9624 EUR, berechnet auf 788 Fälle, vorgenommen werden müssen, dies ergebe einen Gesamtbetrag in Höhe von 758,43 EUR. Die Abrechnung sei intransparent und nicht nachvollziehbar. Es werde nicht ersichtlich, welche Leistungen den budgetären Anteil, unterteilt nach Leistungsbereich 4.0 und 4.1, sowie welcher Anteil der extrabudgetären Vergütung unterliege. Es sei nicht mehr nachvollziehbar, ob tatsächlich alle abgerechneten und angeforderten Leistungen vergütet würden und welchen Kassenarten diese zugeordnet worden seien. Es liege insofern ein Verstoß gegen den Bestimmtheitsgrundsatz vor.

Die Klägerin beantragt,
die Honorarbescheide für die Quartale II/05 und III/05 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.12.2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, alle Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten sind, mit einem festen Punktwert von mindestens 4 Cent pro Punkt zu vergüten, sowie alle Leistungen, die gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses dem Leistungsbereich 4.1 zuzuordnen sind, ebenfalls mit einem festen Punktwert von mindestens 4 Cent pro Punkt zu vergüten, ferner die kurative Koloskopie gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses außerhalb des Regelleistungsvolumens im Leistungsbereich 4.1 mit dem vereinbarten Punktwert – ohne jegliche Quotierung – zu vergüten, sowie die im Quartal II/05 vorgenommene Kürzung gem. Ziff. 7.5 HVV in voller Höhe aufzuheben und nach zu vergüten,

hilfsweise

die Klägerin über ihren Honoraranspruch für die Quartale II/05 und III/05 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen ´Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, die Leistung nach Ziff. 13421 EBM 2005 unterfalle nicht den unter Punkt 4.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aufgeführten Ziffern. Dennoch habe sie die Leistungen nicht innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet. In Ziff. 6.4 HVV werde ein Punktwert von 4 Cent vorgegeben, allerdings vorbehaltlich einer ggf. erforderlichen Quotierung. Ein fester Punktwert für den Bereich der kurativen Koloskopie sei nicht vorgesehen. Von daher bestehe kein Anspruch auf eine extrabudgetäre Vergütung. Die Bildung des Regelleistungsvolumens sei nicht zu beanstanden. Bei ungenügender Gesamtvergütung sei eine Quotierung möglich. Bei dem Punktwert von 5,11 Cent handele es sich bloß um einen kalkulatorischen Wert. Diesen habe sie wegen der zu geringen Gesamtvergütung nicht auszahlen können. Die Ausgleichsregelung nach Ziff. 7. 5 HVV sei rechtmäßig. Bei einer Anfangs- und Erprobungsregelung bestehe ein besonders weiter Ermessensspielraum. Im Rahmen der Ausgleichsregelung erfolge ausschließlich eine "topfinterne" Umverteilung von Honorarvolumen. Eine Fallwertstützung könne dadurch nicht garantiert werden.

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

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter 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 zulässige Klage ist im Hilfsantrag begründet.

Die Honorarbescheide für die Quartale II/05 und III/05 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.12.2007 sind rechtswidrig und waren daher abzuändern. Die Beklagte ist verpflichtet, die Klägerin unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihren Honoraranspruch neu zu bescheiden. Im Übrigen war die Klage aber abzuweisen.

Die Honorarbescheide für die Quartale II/05 und III/05 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.12.2007 sind rechtswidrig.

Die Rechtswidrigkeit folgt bzgl. des Quartals II/05 bereits aus der Regelung nach Ziffer 7.5 der hier maßgeblichen Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, dem BKK Landesverband Hessen, der IKK Hessen, dem Verband der Angestellten Krankenkassen e. V. (VdAK) – Landesvertretung Hessen, dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V. – Landesvertretung Hessen, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, der Krankenkasse für den Gartenbau und der Knappschaft zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005 vom 10.11.2005 (im Folgenden: HVV). Mit dieser Regelung verstößt der HVV gegen die zwingenden Vorgaben des Bewertungsausschusses jedenfalls insoweit, als sie die Festsetzung von Kürzungsbeträgen zulässt.

Die Kammer war zur inzidenten Überprüfung des HVV befugt. Streitgegenstand ist die Höhe des Honoraranspruchs und hierbei insbesondere die Höhe des Kürzungsbetrags. Der Kürzungsbetrag beruht auf Ziff. 7.5 HVV, so dass diese inzident zu überprüfen war.

Im Einzelnen bestimmt Ziffer 7.5 HVV:

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

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

7.5.3 Die vorstehende Ausgleichsvorschrift steht im Übrigen unter dem Vorbehalt, dass von Seiten der Verbände der Krankenkassen mindestens eine gegenüber dem Ausgangsquartal vergleichbare budgetierte Gesamtvergütungszahlung geleistet wird und die aufgrund der

Beschlussfassung des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 vorzunehmenden Honorarverschiebungen nach Abschluss des Abrechnungsquartals – siehe Ziffer 2.5 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.2 – noch ein ausreichendes Honorarvolumen für diese Maßnahme in der einzelnen Honorar(unter)gruppe belassen.

Ziffer 7.5 HVV führt damit faktisch einen Regelungsmechanismus ein, der sich im Ergebnis einem Vergütungssystem annähert, das auf sog. Kopfpauschalen beruht. Das Vergütungssystem weicht von sog. Kopfpauschalen allerdings insofern ab, als es nicht allen Vertragsärzten bzw. allen Vertragsärzten einer Honorargruppe gleiche Honorarbeträge für einen Behandlungsfall zuweist, sondern die Höhe der Honorarzuweisung pro Fall am Fallwert des entsprechenden Vorjahresquartals der einzelnen Praxis orientiert und zunächst einen "Honorarkorridor" von 95 % bis 105 % hierfür vorgibt. Das Honorar der einzelnen Praxis kann sich grundsätzlich nur innerhalb dieses Korridors bewegen, wobei dies weiter davon abhängt, wie insgesamt das Verhältnis von Honoraranforderungen und zur Verteilung zur Verfügung stehendem Honorarvolumen innerhalb der einzelnen Honorargruppen ist. Sind die Ausgleichsbeträge wesentlich höher als die Kürzungsbeträge, so kann der Korridor nach unten abweichen, da mit Ausnahme des Quartals II/05 keine weiteren Gelder aus Rücklagen zugeführt wurden und die Entnahme aus dem Honorartopf zur Abgeltung der Ausgleichsansprüche nur in dem Umfang erfolgen darf, dass der Punktwert nicht unterhalb des sog. Stützpunktwertes fällt, wodurch Verschiebungen zwischen den Honorargruppen vermieden werden sollen. Nach den bisherigen Erfahrungen der Kammer können daher die erreichbaren Fallwerte von Honorargruppe zu Honorargruppe und von Quartal zu Quartal zwischen ca. 85 % bis 95 % schwanken. Der gesamte Ausgleichsbetrag wird ferner durch die Fallzahl des Referenzquartals bestimmt und lässt Fallzahlsteigerungen unberücksichtigt. Die einzelne Praxis, die weder einen Ausgleichs- noch Kürzungsbetrag erhält, wird dann von der Ausgleichsregelung indirekt betroffen, wenn die Ausgleichsbeträge insgesamt einer Honorargruppe nicht von den Kürzungsbeträgen abgedeckt werden können, da sich dann der Punktwert bis zur Grenze des sog. Stützpunktwerts verringern kann und die Honorarzuteilung auf der Grundlage eines geringeren Punktwerts erfolgt. Die Kammer hat diese Regelung, soweit sie im Einzelfall zu Ausgleichsbeträgen geführt hat, bisher nicht beanstandet, da sie in ihr letztlich eine Härtefallregelung sieht, die Veränderungen aufgrund des zum Quartal II/05 eingeführten EBM 2005 abfedern und insofern für eine Übergangszeit den Arztpraxen die Umstellung auf die neue Honorarstruktur ermöglichen soll. Insofern haben es die Praxen – und dies ist unabhängig von ihrem Leistungsvolumen insgesamt -, die keine Ausgleichsbeträge erhalten, hinzunehmen, dass sich der Verteilungspunktwert für sie ggf. verringert. Wie lange dieser Übergangszeitraum dauert, brauchte die Kammer in diesem Verfahren nicht abschließend zu beurteilen. Im Hinblick auf die verspätete Erstellung der Honorarbescheide für die ersten Quartale nach Einführung des EBM 2005 ist aber jedenfalls von einem Übergangszeitraum bis zum Quartal IV/06 auszugehen (vgl. bereits Urteil der Kammer vom 24.09.2008 – S 12 KA 467/07 -; v. 27.08.2008 - S 12 KA 513/07 -).

Nicht ersichtlich ist aber, aus welchen Gründen die Praxen, die höhere Fallwerte als im Vorjahresquartal erzielen, über den allgemeinen Beitrag eines ggf. geringeren Punktwertes hinaus durch die Kürzungsbeträge zur Finanzierung herangezogen werden. Sachliche Gründe sind der Kammer hierfür nicht ersichtlich. Soweit es sich um ausschließlich fiskalische Gründe handelt, um die Ausgleichsbeträge zu finanzieren, wird völlig unabhängig vom Leistungsgeschehen und vom Leistungsumfang der einzelnen Praxis gekürzt. Im Ergebnis handelt es sich damit um eine Regelung, die die Vergütungsstrukturen, wie sie vor Einführung des EBM 2005 galten, fortführt. Veränderungen in der Vergütungsstruktur werden damit z. T. nur im Korridor von + 5 % zugelassen. Die eigentliche Honorarbegrenzung und Steuerung hat aber durch die vom Bewertungsausschuss zum Quartal II/05 auf gesetzlicher Grundlage eingeführten Regelleistungsvolumina zu erfolgen. Führen diese im Einzelfall zu starken Honorarverlusten, werden sie z. T. durch die Ausgleichsregelung aufgefangen und werden die Regelleistungsvolumina im Ergebnis weitgehend nivelliert. Für die Praxen, die zu Kürzungsbeträgen herangezogen werden, bedeutet aber die Ausgleichsregelung eine Vergütung nach einem praxisindividuellen Individualbudget, das aus dem Produkt von Fallwert im Referenzquartal und aktueller Fallzahl zu errechnen ist. Die Regelleistungsvolumina sind damit für sie ebf. ohne Bedeutung, ohne dass die Ausgleichsregelung für sie die Bedeutung einer Härtefallregelung haben könnte.

Die Vertragsparteien waren aber an die Vorgaben des Bewertungsausschusses gebunden und jedenfalls nicht befugt, im Rahmen der Ausgleichsregelung Kürzungsbeträge vorzusehen.

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 vergüten sind (Regelleistungsvolumina) (§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird (§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V). 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 Regelleistungsvolumen 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 Regelleistungsvolumen 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 Regelleistungsvolumen (III.3.1 Abs. 4 BRLV).

Die Kammer sieht in diesen Bestimmungen eine verbindliche Vorgabe des Bewertungsausschusses. Dies hat die Kammer bereits für die von der Beklagten vorgenommene und gegen die Vorgaben des Bewertungsausschusses verstoßende Einbeziehung von Dialyseleistungen in die Regelleistungsvolumina festgestellt (vgl. Urteil der Kammer vom 26.09.2007 - S 12 KA 822/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris). Die hiergegen eingelegte Berufung hat das Landessozialgericht zurückgewiesen (LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 69/07 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris, Revision anhängig - B 6 KA 31/08 -). Es hat im Einzelnen dargelegt, dass ein Honorarverteilungsvertrag nach der gesetzlichen Fiktion des § 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V aus einem Beschlussteil und dem zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Teil besteht, dass Im Falle einer divergenten Regelung den bundeseinheitlichen Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses der Vorrang zu kommt und dass die Vertragspartner des Honorarverteilungsvertrags an die Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses in der Weise gebunden sind, dass sie rechtswirksam keine abweichende Regelung treffen konnten. Dem folgt die Kammer vollumfänglich.

In Fortführung ihrer Rechtsprechung stellt die Kammer nunmehr fest, dass die Vorgaben des Bewertungsausschusses auch insofern verbindlich sind, als daneben nicht Regelungen geschaffen werden können, die faktisch zu einem praxisindividuellen Individualbudget führen, wie dies aus den genannten Gründen bei der Festsetzung von Kürzungsbeträgen nach der Ziff. 7.5 HVV der Fall ist (vgl. bereits Urteile der Kammer v. 27.08.2008 - S 12 KA 513/07 -; v. 16.07.2008 - S 12 KA 377/07 -).

Die Kammer hält insofern an ihrer bisherigen Rechtsauffassung fest. Bereits der Wortlaut der Bestimmungen des Bewertungsausschusses lässt nicht erkennen, dass es sich um bloße Empfehlungen an die Partner des Honorarverteilungsvertrages handeln sollte. Auch besteht der Gesetzesauftrag an den Bewertungsausschuss nach § 85 Abs. 4 und 4a SGBV darin, verbindliche Vorgaben zu erlassen. Der Bewertungsausschuss gibt verbindlich vor, für welche Arztgruppen Regelleistungsvolumen zu bestimmen sind. Eine Ausnahme hiervon oder die Ermächtigung zu einer abweichenden Regelung in einem HVV sieht der Beschluss des Bewertungsausschusses nicht vor. Angesichts der eindeutigen Regelung liegt es nicht im Handlungsspielraum der Vertragspartner eines HVV, ggf. weitere Regelleistungsvolumina einzuführen bzw. abweichend von den Vorgaben weitere Leistungen einzubeziehen oder aber wieder Individualbudgets einzuführen. III.2.2 Abs. 1 BRLV setzt voraus, dass nach dem BRLV Steuerungsinstrumente anzuwenden sind. Nur in diesem Fall können bereits vergleichbare bestehende Steuerungsinstrumente bis Ende 2005 fortgeführt werden. Die hier strittige Ziff. 7.5 HVV ist aber neu eingeführt worden.

Soweit es der Beklagten allgemein nicht verwehrt ist, auch bei Vorgaben des Bewertungsausschusses weitere Steuerungsmaßnahmen im HVV zu vereinbaren, so gilt dies dann nicht, soweit, wie bereits ausgeführt, verbindliche und damit zwingende Vorgaben durch den Beschluss des Bewertungsausschusses bestehen.

Das Bundessozialgericht hat zur Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 01.07.1997 die Bindung des Normgebers für die Honorarverteilung an die Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs herausgearbeitet. Danach ist die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) im Rahmen der ihr nach § 85 Abs. 4 SGB V obliegenden Honorarverteilung an die gesetzlichen Vorgaben und auch an die Bestimmungen des EBM gebunden. Der auf der Grundlage des § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V zu beschließende Honorarverteilungsmaßstab (HVM) darf nicht gegen die Vorschriften des auf der Grundlage des § 87 Abs. 2 SGB V erlassenen Bewertungsmaßstabs verstoßen. Dieser ist nach § 87 Abs. 1 SGB V Bestandteil des Bundesmantelvertrages-Ärzte, der wiederum in seiner Rechtsqualität Vorrang vor regionalen Gesamtverträgen und den Satzungen der KÄV hat. Das ergibt sich im Übrigen auch aus § 81 Abs. 3 SGB V. Danach müssen die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen Bestimmungen darüber enthalten, dass u. a. die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abzuschließenden Verträge für sie wie für ihre Mitglieder verbindlich sind. Ein HVM, der sich in Widerspruch zu verbindlichen Vergütungsvorgaben des EBM setzt, ist deshalb rechtswidrig und - da es sich um eine Norm handelt – nichtig. Soweit demgegenüber die Auffassung vertreten wird, die Satzungsautonomie der KÄV sei allein durch "übergeordnete Rechtsvorschriften" wie etwa die Grundrechte, nicht aber durch Verträge nach § 82 Abs. 1 SGB V bzw. § 87 Abs. 1 SGB V eingeschränkt, trifft das nicht zu. Das BSG hat mehrfach entschieden, dass im EBM Vergütungsstrukturen vorgegeben werden dürfen, die notwendigerweise bundeseinheitlich geregelt werden müssen. Daran hat der Gesetzgeber durch die Ergänzung des § 87 Abs. 2a SGB V im 2. GKV-NOG angeknüpft und für die Praxisbudgets klarstellend eine "tragfähige Rechtsgrundlage" geschaffen. Mit dem zum 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGBl I 2626) sind Umfang und Tragweite der im EBM zu regelnden Vergütungsstrukturen noch erheblich ausgeweitet worden. Nach § 85 Abs. 4a SGB V hat der Bewertungsausschuss die Kriterien für die Verteilung der Gesamtvergütungen und insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung zu bestimmen. Ferner hat er nach § 87 Abs. 2a Satz 4 SGB V die nach § 87 Abs. 2 SGB V abrechnungsfähigen Leistungen der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung i. S. d. § 73 Abs. 1 SGB V zuzuordnen. Die mit dieser Normsetzungskompetenz des Bewertungsausschusses verbundenen Ziele können nur erreicht werden, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Honorarverteilung an die Vorgaben des EBM gebunden sind. Sie dürfen deshalb weder Arztgruppen von der Budgetierung ausnehmen, die der EBM einbezieht, noch die Bereiche der budgetierten und der nicht budgetierten Leistungen anders als im EBM festlegen. In diesem Sinne sind die Budgetierungsregelungen im EBM vorgreiflich und verbindlich gegenüber Maßnahmen der Honorarverteilung. Dennoch darf die KÄV kraft ihrer Gestaltungsfreiheit im Rahmen der Honorarverteilung mengensteuernde Regelungen treffen, um ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V) gerecht zu werden. Allein der Umstand, dass einzelne Arztgruppen von den Praxisbudgets nicht erfasst werden und Ärzte aller Arztgruppen in mehr oder weniger großem Umfang unbudgetierte Leistungen erbringen, schließt die Annahme aus, mit der Einführung der Praxisbudgets im EBM sei

die Verantwortung der KÄV für eine den gesetzlichen Vorgaben des § 85 Abs. 4 SGB V genügende Honorarverteilung aufgehoben oder verdrängt worden. Vor allem hat die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 nichts an der insgesamt begrenzten Gesamtvergütung für alle vertragsärztlichen Leistungen i. S. des § 85 Abs. 1 SGB V geändert. Nach wie vor besteht die Situation, dass ein begrenzter Geldbetrag für die Vergütung aller von den Vertragsärzten in einem bestimmten Zeitraum erbrachten und abgerechneten Leistungen zur Verfügung steht, was wiederum zur Folge hat, dass der "Preis" der einzelnen ärztlichen Leistung erst feststeht, wenn bekannt ist, wie viele Leistungen welcher Art und damit wie viele Punkte insgesamt von den Vertragsärzten abgerechnet werden. Praxisbudgets reduzieren lediglich den Anreiz zur immer weiteren Vermehrung der abrechenbaren Leistungen, weil das Honorar des Arztes für die Leistungen des budgetierten Bereichs allein durch das Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und Zahl der Behandlungsfälle bestimmt wird. Da aber auch für die Leistungen des "grünen" (budgetierten) Bereichs keine festen bzw. vereinbarten Punktwerte gelten, andererseits aber gerade die Stabilisierung des Punktwertes ein maßgebliches Ziel bei der Einführung der Praxisbudgets war, ist es auch nach dem 1. Juli 1997 Aufgabe der KÄV, im Rahmen der Honorarverteilung das Notwendige und Mögliche zur Gewährleistung ausreichender Punktwerte zu tun und auf regionaler Ebene eintretende unerwünschte Verwerfungen zwischen einzelnen Arztgruppen und auch innerhalb einer Arztgruppe zu verhindern. Daher stehen der KÄV auch nach dem 1. Juli 1997 im Grundsatz alle diejenigen Honorarverteilungsregelungen zur Verfügung, die das BSG bisher für zulässig gehalten hat, soweit die Bestimmungen über die Praxisbudgets im EBM keine abweichenden Vorgaben enthalten (vgl. BSG, Urteil v. 08.03.2000, Aktenzeichen: B 6 KA 7/99 R, SozR 3-2500 § 87 Nr. 23 = BSGE 86, 16 = MedR 2000, 543 = NZS 2001, 107 = USK 2000-108, zitiert nach juris, Rdnr. 34-36).

Danach geht auch das Bundessozialgericht davon aus, dass der Bewertungsausschuss die Aufgabe hat, verbindliche Vorgaben für die Honorarverteilung zu erlassen. Der Auffassung, es handele sich dabei um bloße "Empfehlungen", findet weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung eine Stütze.

Aufgrund der eindeutigen Nichtbeachtung der Vorgaben des Bewertungsausschusses war der Ziff. 7.5 HVV, soweit die Regelung zu Kürzungsbeträgen führt, von Anfang an rechtswidrig und können die Grundsätze einer sog. Anfangs- und Erprobungsregelung nicht angewandt werden.

Die Beklagte war daher zur Neubescheidung zu verpflichten. Die Rechtswidrigkeit führt nicht zwingend dazu, dass der Klägerin der Kürzungsbetrag in vollem Umfang zurückzuerstatten ist, weshalb der Hauptantrag insoweit als unbegründet abzuweisen war. Aus den genannten Gründen hält die Kammer die "positive" Ausgleichsregelung jedenfalls im hier maßgeblichen Zeitraum noch für zulässig. Die Beklagte hat daher einen neuen Punktwert zu errechnen auf der Grundlage, dass ihr insgesamt keine Kürzungsbeträge zur Verfügung stehen. Dieser neu errechnete Punktwert ist dann maßgebend, soweit er oberhalb des sog. Stützungspunktwerts liegt. Liegt er darunter, ist der Stützungspunktwert maßgebend. Die Beklagte wäre dann verpflichtet gewesen, die Ausgleichsbeträge entsprechend zu kürzen, da der Stützungspunktwert nicht unterschritten werden darf.

Aufgrund der Rechtswidrigkeit der Ziff. 7.5 HVV, soweit die Regelung zu Kürzungsbeträgen führt, kann hier dahinstehen, ob die Beklagte die Vorgaben der Ziffer 7.5 HVV überhaupt eingehalten hat.

Die Honorarbescheide sind ferner insoweit rechtswidrig, als die Beklagte Leistungen, die entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses dem Leistungsbereich 4.1 zuzuordnen sind (III.4.1 BRLV), innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet hat. Insofern ist auch die Berechnung des Regelleistungsvolumens fehlerhaft.

Die Festsetzung des Regelleistungsvolumens ist grundsätzlich rechtmäßig.

Nach Ziffer 6.3 HVV sind praxisindividuelle Regelleistungsvolumina 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 praxisspezifischen 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 praxisspezifischen 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.

Wie bereits ausgeführt ist der Bewertungsausschuss 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 nachgekommen, woran die Vertragsparteien des HVV gebunden sind.

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 Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, und die Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämat-/Onkologie genannt. Dabei können im Honorarverteilungsvertrag Zusammenfassungen der Arztgruppen vereinbart werden. Entsprechend hat der HVV auch die zusammengefasste 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.

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

Die Beklagte hat aber Leistungen, die entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses dem Leistungsbereich 4.1 zuzuordnen sind (III.4.1 BRLV) und außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten sind, in das Regelleistungsvolumen einbezogen. Dies ist rechtswidrig.

Nach Ziff. 6.3 HVV sind bei der Ermittlung der für die einzelnen Altersklassen gültigen relevanten Fallzahlen einer Praxis alle kurativ ambulanten Behandlungsfälle zugrunde zu legen, ausgenommen Behandlungsfälle, die gemäß Anlage 1 und 2 zu Ziffer 7.1 zur 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. Anlage 1 und 2 zu Ziffer 7.1 HVV betreffen Vorwegleistungen als extrabudgetäre Leistungen. Es handelt sich nach Ziffer 7.1 a) HVM um Leistungen gemäß Anlagen 1

(Primärkassen) und 2 (Ersatzkassen), die aufgrund besonderer Regelungen und Vereinbarungen abweichend von den allgemeinen Bestimmungen, gesondert zu vergüten sind. In den Anlagen 1 und 2 werden nicht die Leistungen aufgeführt, die nach Abschnitt III.4.1 BRLV außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten sind.

Soweit nach Ziffer 6.4 HVV im Einzelnen aufgeführte Leistungen bzw. Leistungsbereichen nicht innerhalb des Regelleistungsvolumens, sondern zu festen Punktwerten zu vergüten sind, handelt es sich nur z. T. um die in Abschnitt III.4.1 BRLV genannten Leistungen.

Hierdurch sind die Punktzahlen des Regelleistungsvolumens bereits fehlerhaft berechnet worden. Zudem sind Leistungen bei der Anwendung des Regelleistungsvolumens einbezogen worden, die außerhalb hätten vergütet werden müssen.

Der Bewertungsausschuss für hat die im Einzelnen aufgeführten Leistungen bestimmt, dass diese aus dem Arztgruppentopf zu vergütenden Leistungen und Leistungsarten, nicht dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen. Regelleistungsvolumen (III.4.1 BRLV). Wie bereits ausgeführt sind die Vertragsparteien des HVV hieran gebunden und besteht keine Ermächtigung für eine abweichende Regelung. Das bedeutet, dass die in Ziff. III. 4.1 BRLV aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die nicht den Regelleistungsvolumina unterliegen, nicht unter dem Regime der Regelleistungsvolumina abzurechnen sind (so zutreffend LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008, aaO., Rdnr. 32).

Von daher bedarf es keiner Änderung des HVV. Die Beklagte wird vielmehr die Punktzahlen für das Regelleistungsvolumen ohne diese Leistungen neu berechnen und wird das Regelleistungsvolumen für die Klägerin ebf. ohne diese Leistungen festsetzen. Diese Leistungen sind dann mit einem entsprechend neu berechneten Punktwert des Fachgruppentopfes zu vergüten. Ein Anspruch auf einen festen Punktwert von 5,11 Cent besteht aber mangels einer Anspruchsgrundlage nicht. Für sie gilt auch nicht der sog. Kalkulationspunktwert von 5,11 Cent, da es für diesen, wie sogleich ausgeführt wird, keine Rechtsgrundlage gibt.

Im Übrigen war die Klage aber abzuweisen.

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 Kassenärztlichen Vereinigungen, auch hinsichtlich der Honorarberechnung entsprechende Kenntnisse, welche von ihr regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet werden, vorauszusetzen und die Begründung ihrer Honorarbescheide hierauf einzustellen. Im Hinblick hierauf hat es das BSG nicht für erforderlich gehalten, dass eine Kassenärztliche Vereinigung 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 wir 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 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). Entsprechend sieht Ziffer 6.4 HVV zunächst vor, dass die nach Abzug der Vorwegvergütungen und zu festen Punktwerten vergüteten Leistungen dann noch verbleibenden Honorarforderungen der Praxis der Bewertung mit einem Punktwert von 4,0 Ct. bis zu dem nach Ziffer 6.3 HVV für das aktuelle Quartal festgestellten praxisindividuellen Regelleistungsvolumen unterliegen. Darüber hinausgehende Honorarforderungen sind mit einem Punktwert von mindestens 0,51 Ct. zu bewerten.

Die Kammer hält die Vertragsparteien des Honorarverteilungsvertrages aber für gerade noch befugt, diesen Punktwert zu quotieren, d. h. davon abhängig zu machen, welches Honorarvolumen den abgerechneten Leistungen gegenübersteht, soweit die Quotierung auf honorarvertraglicher Grundlage erfolgt.

Für die hier maßgebliche fachärztliche Versorgungsebene sieht Ziffer 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.2 HVV vor, dass, reicht 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 Ct. zu erfolgen hat. Soweit die so festgestellten Quoten um mehr als 15 %&8208;Punkte von der nach gleicher Vorgehensweise über alle Honorar(unter)gruppen der Honorargruppe B 2 gebildeten (mittleren) Quote abweichen, ist, soweit möglich, ein Ausgleich zwischen den Honorar(unter)gruppen B

2.1 bis B 2.32 mit dem Ziel der Erreichung einer maximalen Abweichung von 15 %&8208;Punkten von der mittleren Quote für alle Honorar(unter)gruppen B 2.1 bis B 2.32 durchzuführen.

Wenn auch einiges dafür spricht, dass die Vorstellung des Gesetzgebers von einer Begrenzung des Leistungsgeschehens durch Regelleistungsvolumina bei gleichzeitig garantiertem Punktwert mit einhergehender Kalkulationssicherheit ausging, so besteht jedenfalls keine rechtliche Garantie für eine bestimmte Höhe des Punktwerts. Die Vereinbarung eines festen Punktwerts von 4 Cent im HVV, der nach Kenntnis der Kammer so gut wie in keiner Honorar(unter)gruppe im Ergebnis zur Festsetzung kam, ist einer offensichtlich Fehlkalkulation der Vertragsparteien des HVV geschuldet. Es kann hier dahinstehen, ob und welche berufspolitischen Überlegungen hinter einer solchen Vereinbarung standen, ob dadurch ein günstiger Vertragsabschluss signalisiert werden sollte. Insofern erleichtert die dargestellte Regelungssystematik des HVV nicht die Erkenntnis, dass der im Gegensatz zur Koloskopieleistung nach Nr. 13421 EBM 2005 vorgegebene feste Punktwert von 4 Cent für Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens nicht unter dem "Vorbehalt einer gegebenenfalls erforderlichen Quotierung" steht, sondern dieser Vorbehalt sich erst aus den Anlagen zum HVV ergibt. Jedenfalls hätte bei realistischerer Kalkulation bei einer begrenzten Gesamtvergütung nur ein tieferer Punktwert vereinbart werden können, der im Hinblick auf Sicherheitstoleranzen u. U. unterhalb des jetzt im Ergebnis festgesetzten quotierten Punktwerts gelegen hätte. 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. Insofern ist den Vertragsparteien des Honorarverteilungsvertrages ein Regelungsspielraum einzuräumen.

Aber auch unterstellt, es ist von einer Rechtswidrigkeit der Quotierungsregelungen auszugehen, so besteht kein Anspruch auf eine Vergütung zu einem Punktwert von 4 Cent. Die Regelungen zur Festvergütung von 4 Cent und Quotierung bilden insofern eine Einheit. Hielte man eine Quotierung für unzulässig, so könnte die Beklagte bzw. die Vertragsparteien nur verpflichtet werden, einen festen Punktwert rückwirkend festzusetzen bzw. zu vereinbaren, der aber angesichts der begrenzten Gesamtvergütung nicht höher als der im Ergebnis quotierte Punktwert liegen könnte.

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.

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).

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf eine höhere Vergütung für die Leistungen der kurativen Koloskopie.

Nach Ziffer 6.1 und 6.2 HVV werden zur Bewertung/Vergütung der von allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden hessischen Ärzten, Psychotherapeuten und ärztlich geleiteten Einrichtungen abgerechneten und nach Durchführung der Maßnahmen gemäß Ziffern 5.1 und 5.2 anerkennungsfähigen Honorarforderungen diese (bei getrennter Betrachtung von Primärkassen und Ersatzkassen) und unter Beachtung der Zuordnung der Praxen zum Honorarbereich A (hausärztlichen Versorgungsebene) bzw. Honorarbereich B (fachärztlichen Versorgungsebene) folgenden Honorargruppen, – mit Ausnahme der Honorarforderungen aus Leistungen des fachübergreifenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes (Notdienstes) und im Notfall: Zuordnung zum Honorarbereich C &8208; Honorargruppen zugeordnet. Die Zuordnung von Gemeinschaftspraxen zu den einzelnen Honorar(unter)gruppen erfolgt dabei nach dem Tätigkeitsschwerpunkt der Praxis; die Vorgabe gilt entsprechend für Ärzte bzw. Psychotherapeuten mit einer Doppelzulassung.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich erfasst die Honorar(unter)gruppe B 2.13 fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt (VfG 33&8208;09), fachärztlich tätige Internisten mit Schwerpunkt Angiologie (VfG 33&8208;04), fachärztlich tätige Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie (VfG 33&8208;05), fachärztlich tätige Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie (VfG 33&8208;07). Dieser Honorar(unter)gruppe hat die Beklagte die Klägerin zutreffend zugeordnet.

Die Leistungen der kurativen Koloskopie werden bei der Honorarverteilung nicht in die Berechnung des Regelleistungsvolumens einbezogen. Nach Ziffer 6.4 HVV gehören Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2005 zu den Leistungen, die bei dem Regelleistungsvolumen unberücksichtigt bleiben und zu einem Punktwert von 4,0 Ct. (vorbehaltlich einer gegebenenfalls erforderlichen Quotierung) zu vergüten sind.

Soweit der Verteilungsbetrag für einen Punktwert von 4 Ct. nicht ausreicht, hat nach Ziffer 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.2 HVV eine Quotierung zu erfolgen. Dabei ist 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. Im Sinne einer Sonderregelung gilt ergänzend, 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 darf; gegebenenfalls ist eine Stützung innerhalb der jeweiligen Honorar(unter)gruppe mit dieser Zielsetzung vorzunehmen, sofern der für diese Leistung im entsprechenden Quartal des Jahres 2004 gemäß Empfehlungsvereinbarung auf der Bundesebene zur Verfügung stehende Honoraranteil nicht ausreichend ist.

Die Kammer hält diese Regelung für zulässig. Anders als die Regelung in den Vorquartalen, die die Kammer mit Urteil v. 04.07.2008 – S 12 KA 1274/05 – (Berufung anhängig) beanstandet hat, ist eine Quotierung unterhalb der in der Honorargruppe quotierten Leistungen, d. h. hier der in das Regelleistungsvolumen einbezogenen Leistungen nicht möglich. Insofern war von der Kammer hier ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht festzustellen.

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 Kassenärztlichen Vereinigungen 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 Gesellschafter der Klägerin besteht im Bezirk der Beklagten bedarfsplanungsrechtlich weiterhin eine Überversorgung und wird damit die vertragsärztliche Versorgung gewährleistet.

Bei einer Neubescheidung ist die Beklagte daher auch nicht verpflichtet, die bisherigen Punktwerte als Mindestpunktwerte oder höhere Punktwerte festzusetzen. Sie kann vielmehr die Auswirkungen der Entscheidung der Kammer auf die gesamte Honorarverteilung berücksichtigen und insofern neue Punktwerte errechnen. Lediglich aus dem Grundsatz des Verböserungsverbots (reformatio in peius) besteht eine Bindung an den bereits festgesetzten Gesamthonoraranspruch.

Einen Ausgleichsbetrag musste die Beklagte im Quartal III/05 nicht festsetzen, da der Ausgleichsbetrag davon abhängig ist, ob das Honorarvolumen im Fachgruppentopf hierfür ausreichend ist. Eine fehlerhafte Berechnung ist nicht ersichtlich und wird von der Klägerin auch nicht vorgetragen.

Nach allem war der Klage lediglich im Hilfsantrag stattzugeben und war die Klage mit dem Hauptantrag abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO. Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Die Quotelung war anhand des unbegründeten Hauptantrags und des begründeten Hilfsantrags entsprechend zu bestimmen.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2016-03-10