

## S 12 KA 409/07

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
12  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 409/07  
Datum  
08.10.2008  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 89/08  
Datum  
16.12.2008  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Vertragsparteien eines Honorarverteilungsvertrages sind an die Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumen gebunden (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 - [L 4 KA 69/07](#) - Revision anhängig - [B 6 KA 31/08](#)).

Der HVV kann deshalb nicht ergänzend zu einem Regelleistungsvolumen eine „Ausgleichsregelung“ vorsehen, die bei Überschreiten eines Fallwerts im Vorjahresquartal von mehr als 105 % u. U. zu einer Honorarkürzung führt.

Leistungen, die entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses dem Leistungsbereich 4.1 zuzuordnen sind, dürfen nicht innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden.

Eine rechtswidrige Benachteiligung der Einzelpraxen gegenüber den Gemeinschaftspraxen besteht weder im EBM 2005 noch im HVV der KV Hessen in den Quartalen II u. III/05.

Es ist nicht zu beanstanden, dass nach dem Honorarverteilungsvertrag der KV Hessen für die Quartale ab II/05 für Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens kein fester, sondern nur ein quotierter Punktwert vorgesehen ist, und dass die das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungsanforderungen mit einem einheitlichen Punktwert (von 0,51 Cent) vergütet werden.

Für die Quartale ab II/05 besteht kein Anspruch auf Auszahlung eines festen Punktwerts von 5,11 Cent.

1. Unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale II und III/05, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. 09. 2007, wird die Beklagte verurteilt, den Kläger über seine Honoraransprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

3. Der Kläger hat 5/6, die Beklagte hat 1/6 der Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat 1/6 der notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers zu tragen.

4. Die Sprungrevision zum Bundessozialgericht wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten gegen die Honorarfestsetzung für die Quartale II/05 und III/05 und hierbei u. a. auch um die Benachteiligung einer Einzelpraxis gegenüber einer Gemeinschaftspraxis im Rahmen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs und der Honorarverteilung.

Der Kläger ist als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

Mit Honorarbescheid vom 04.12.2005 für das Quartal II/05 setzte die Beklagte das Bruttohonorar für den Primär- und Ersatzkassenbereich bei 675 Behandlungsfällen auf 28.794,45 EUR fest. Hiergegen legte der Kläger am 01.06.2006 Widerspruch ein. Die Beklagte ersetzte aus allgemeinen abrechnungstechnischen Gründen diesen Honorarbescheid durch den Honorarbescheid vom 06.06.2006. Darin setzte sie das Bruttohonorar auf 28.244,65 EUR fest. Hiergegen legte der Kläger am 31.08.2006 erneut Widerspruch ein. Darin führte er aus, der Widerspruch richte sich gegen die ab dem 01.04.2005 vorgenommene und berechnete Honorarverteilung. Zusätzlich der Gesamtvergütung zugeführte Geldmittel aus dem Bereich der Rücklagen mit nachfolgender nicht rechtskonformer Aufteilung in haus- und fachärztliches Honorar hätten zu einer Fehlverteilung geführt. Sein Widerspruch richte sich auch gegen die Benachteiligung der Einzelpraxen im EBM und HVV. Er verwies ferner auf ein Schreiben des Hausärztesverbandes vom 21.08.2006, das er beifügte.

Mit Honorarbescheid vom 12.08.2006 setzte die Beklagte für das Quartal III/05 das Bruttohonorar im Primär- und Ersatzkassenbereich bei

677 Behandlungsfällen auf 25.418,87 EUR fest. Hiergegen legte der Kläger am 07.11.2006 wegen Ungleichbehandlung der Einzelpraxen Widerspruch ein.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers wurde in zahlreichen weiteren Verfahren anderer Vertragsärzte beauftragt und legte dar, dass es sich in diesem Verfahren um ein Musterverfahren handle. Zur Begründung der Widersprüche trug er für den Kläger vor, die Widersprüche würden aus jedem denkbaren Rechtsgrund erhoben werden. Die Begründung beschränke sich zwar auf die Tatsache, dass Einzelpraxen im Rahmen des EBM und der Honorarverteilung gegenüber Gemeinschaftspraxen benachteiligt würden, damit sei aber keine Beschränkung der Widersprüche auf diese Sachverhalte verbunden. Die einzelnen Ärzte hätten ggf. weitere Einwendungen.

Die Widersprüche richteten sich gegen die Tatsache, dass nach dem seit 01.04.2005 geltenden EBM 2005 Ärzte, die in Gemeinschaftspraxen tätig seien, einen Aufschlag von mindestens 60 und höchstens 105 Punkten auf den Ordinationskomplex erhielten. Dies verstoße gegen den Gleichheitsgrundsatz des [Artikels 3 Abs. 1 GG](#) und die Berufsausübungsfreiheit der in Einzelpraxis tätigen Ärzte ([Artikel 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#)). Außerdem erhielten nach dem seit dem 01.04.2005 geltenden Honorarverteilungsvertrag der Beklagten Ärzte, die in Gemeinschaftspraxen tätig seien, einen Aufschlag von mindestens 130 und höchstens 220 Punkten auf die Fallpunktzahl. Dies widerspreche dem Gebot der leistungsproportionalen Vergütung bzw. dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Artikel 3 Abs. 1 i. V. m. Artikel 12 Abs. 1 GG](#)). Soweit die Beklagte keine Verwerfungskompetenz bezüglich des Regelwerks habe, werde dennoch im Hinblick auf ein sozialgerichtliches Verfahren zur Begründung weiter vorgetragen. Auch nach Teil III Nr. 3.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) vom 29.10.2004 würden Gemeinschaftspraxen bevorzugt werden. Die Fallpunktzahlen für Gemeinschaftspraxen würden als arithmetischer Mittelwert der Fallpunktzahlen der in der Gemeinschaftspraxis vertretenen Arztgruppen berechnet werden. Die so errechnete Fallpunktzahl erhöhe sich um 130 Punkte für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Gemeinschaftspraxen und um 30 Punkte je in einer arztgruppen- bzw. oder schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxis repräsentierten Fachgebiet oder Schwerpunkt, jedoch um mindestens 130 Punkte und höchstens 220 Punkte. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses seien in § 6 Nr. 6.3 i. V. m. § 2 Nr. 2.1 Abs. 3 des HVV unverändert übernommen worden. Unter Berücksichtigung der im Einzelnen dargestellten Grundsätze, wie sie insbesondere von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entwickelt wurden, verstoße die Regelung in Abschnitt I Nr. 5.1 EBM 2005 gegen höherrangige Rechtsgrundsätze. Bei der Bevorzugung von Gemeinschaftspraxen habe der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten und seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt. Er habe sich von sachfremden Erwägungen leiten lassen. Die Besserstellung von Gemeinschaftspraxen greife unzumutbar in die Berufsausübungsfreiheit der Einzelärzte gemäß [Artikel 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) ein. Die Ärzte in Einzelpraxen erhielten für die gleiche Leistung weniger Honorar. Damit würde auch Gleiches ungleich behandelt werden, was einen Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz des [Artikels 3 Abs. 1 GG](#) darstelle. Bei der Regelung der "Zusatzpunkte" nehme der Bewertungsausschuss keine Leistungsbeschreibung vor, sondern erlasse Abrechnungsregelungen. Die Berufsausübungsfreiheit der Einzelärzte werde dadurch unangemessen beeinträchtigt. Das Normprogramm des EBM nehme auf tatsächliche Verhältnisse Bezug, indem behauptet werde, der Behandlungsaufwand pro Fall sei in einer Gemeinschaftspraxis höher als in einer Einzelpraxis. Die vorliegende Generalisierung durch Bevorzugung aller Gemeinschaftspraxen habe keinen sachlichen Grund. Es werde eine Berechnung beigelegt, aus der sich ergebe, dass sich ein Zuschlag von 60 Punkten bei den verschiedenen Fachgruppen völlig unterschiedlich auswirke. So habe beispielsweise ein Augenarzt in einer Einzelpraxis bei einem 50jährigen Patienten einen Ordinationskomplex von 405 Punkten. Ein Augenarzt in einer zweigliedrigen Gemeinschaftspraxis habe dagegen einen Ordinationskomplex von 465 Punkten. Dies entspreche einer Differenz von 14,8 %. Ein Frauenarzt, der eine 40jährige Patientin in einer Einzelpraxis behandle, habe einen Ordinationskomplex von 255 Punkten, in einer Gemeinschaftspraxis von 315 Punkten. Dies entspreche einer Differenz von 23,5 %. Am größten seien die Diskrepanzen bei den Allgemeinärzten bzw. hausärztlichen Internisten. Hier führe eine Erhöhung des Ordinationskomplexes um 60 Punkte z. B. zu einer Erhöhung zwischen 26,7 % bei Versicherten ab 60 Jahre, 38,7 % bei Versicherten bis 5 Jahren und 41,4 % bei Versicherten von 5 bis 59 Jahren. Die "heckenschnittartige" Zuerkennung einer Erhöhung von 60 Punkten führe also nicht nur dazu, dass der Arzt in der Gemeinschaftspraxis gegenüber dem Arzt in der Einzelpraxis bevorzugt werde, sondern auch dazu, dass Ärzte in Gemeinschaftspraxis völlig unterschiedlich von der Erhöhung des Ordinationskomplexes profitierten. Diese Regelungen seien nicht unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung zulässig. Zum einen seien Besserstellungen in dem genannten Sinne nicht neu. Zum anderen könnten Regelungen nicht unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung toleriert werden, deren Richtung bzw. Struktur von vornherein nicht stimme. Die konkrete Maßnahme der Besserstellung von Gemeinschaftspraxen durch Erhöhung der Fallpunktzahlen wirke sich allerdings auf HVV-Ebene mindestens ebenso ungerecht aus, als die Erhöhung des Ordinationskomplexes auf der bundesweit geltenden EBM-Ebene. So werde beispielsweise ein Frauenarzt in einer zweigliedrigen fachgleichen Gemeinschaftspraxis gegenüber seinem Kollegen in der Einzelpraxis durch den Zuschlag von 130 Punkten um 40,6 % besser gestellt, wenn er eine 60-jährige AOK-Versicherte behandle. Behandle er eine VdAK-Patientin, werde er um 34,4 % bevorzugt bzw. im Umkehrschluss der Gynäkologe in der Einzelpraxis entsprechend benachteiligt. Die Differenz bei Allgemeinärzten betrage zwischen 12,3 und 30,7 %. Die nicht leistungsproportionale Vergütung werde dadurch verstärkt, dass im Bereich der Beklagten für Primär- und Ersatzkassen unterschiedliche Fallpunktzahlen zugrunde gelegt würden. Diese Unterschiede würden nochmals deutlich verstärkt, wenn man nicht nur auf den Bereich der Beklagten, sondern bundesweit die Fallpunktzahlen vergleiche. Das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit sei verletzt, wenn selbst innerhalb der Gemeinschaftspraxis von Fachgruppe zu Fachgruppe, von Kassenarzt zu Kassenarzt und von KV zu KV unterschiedliche prozentuale Aufschläge gewährt würden. Erst recht gelte dies im Vergleich mit den entsprechend benachteiligten Einzelpraxen. Soweit sozialgerichtliche Entscheidungen anderes aussagten, seien diese Entscheidungen zur Rechtslage unter den bis II/03 geltenden Praxis- und Zusatzbudgets ergangen. Die Situation sei nicht mit der heutigen vergleichbar, in der nach [§ 85 Abs. 4 a Satz 1 i. V. m. Abs. 4 Satz 7 und 8 SGB V](#) der Bewertungsausschuss Leistungsvolumina vorgebe, die von den Vertragspartnern der Honorarverteilungsverträge umgesetzt werden müssten. Im EBM 1996 habe eine abgestaffelte Vergütung nach Fallzahlbereichen stattgefunden. Ursprünglich sei vorgesehen gewesen, um Gemeinschaftspraxen nicht zu benachteiligen, deren Fallzahlen aufgrund der höheren Behandlerzahl früher in die Abstufung einbezogen worden wären, einen Zuschlag zuzugestehen. Die Abstufung nach Fallzahlbereichen sei aber noch vor Inkrafttreten dann auf jeden Arzt bezogen worden. Offenbar sei dann übersehen worden, dass damit die Rechtfertigung für einen Fallpunktzahlzuschlag für Gemeinschaftspraxen gemäß Ziffer 1.6 weggefallen sei. Schon damals sei die weiter geltende Bevorzugung von Gemeinschaftspraxen nicht mehr sachgerecht gewesen. Abgesehen davon sei die angebliche Erfahrungstatsache falsch, dass die Zahl der Patienten nicht proportional zu jedem voll tätigen Arzt steige. Unter dem EBM 2005 werde diese ungerechtfertigte Bevorzugung der Gemeinschaftspraxen perpetuiert und noch gesteigert. Eine Abstufung der Fallpunktzahl um 25 % setze gemäß Teil III Nr. 3.2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 bei 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe ein. Für Gemeinschaftspraxen gelte aber nicht die durchschnittliche Fallzahl einer Einzelpraxis. Es werde sowohl die Fallzahlobergrenze als auch die Abstufungsregelung pro Arzt berechnet. Die Gemeinschaftspraxis stehe also nicht schlechter als der Einzelarzt. Unter dem früheren Recht sei auch eine prozentuale Erhöhung der Fallpunktzahl für

Gemeinschaftspraxen vorgesehen gewesen, was zu einer leistungsproportionalen Vergütung zumindest innerhalb der verschiedenen Gemeinschaftspraxistypen (fachgleich/fachübergreifend) geführt habe. Eine zweigliedrige Gemeinschaftspraxis habe unabhängig von ihrer Besetzung einen Zuschlag von 10 % erhalten. Heute führe die Erhöhung um feste Punktwerte zu den genannten Verwerfungen. Weniger als 1/3 der Vertragsärzte in Deutschland seien in einer Gemeinschaftspraxis organisiert. Von den 94.599 Praxen im Jahr 2005 seien 15,3 % als fachgleiche und 3,4 % als fachübergreifende Gemeinschaftspraxen organisiert, die übrigen würden als Einzelpraxen betrieben werden (81,3 %). Die ganz überwiegende Zahl der Gemeinschaftspraxen werde demnach fachgleich betrieben. Es sei ungerecht, wenn der Gemeinschaftspraxis-Arzt zwischen 15 und 40 % mehr für die gleiche Leistung bezahlt bekomme als der Kollege in der Einzelpraxis. In Gemeinschaftspraxen arbeiteten auch die Ärzte zum Teil nur in Teilzeit. Es dürften jedoch nur Vollzeit arbeitende Ärzte verglichen werden. Ein höherer Behandlungsaufwand in fachgleichen Gemeinschaftspraxen ergebe sich allenfalls dann, wenn die Partner keinen Urlaub machten oder deshalb weniger Vertreterfälle induzierten. Jedoch mache auch ein großer Teil der Gemeinschaftspraxen (gemeinsam) Urlaub und lasse sich vertreten, auch sei die Reduktion an induzierten Vertreterfällen weit geringer als der Aufschlag. Die Tatsache, dass nur ein Ordinationskomplex pro Quartal abgerechnet werden könne, sei durch das Mehr an Freizeit für den einzelnen Gemeinschaftspraxis-Arzt gerechtfertigt. Eine Besserstellung der fachgleichen Gemeinschaftspraxen wäre nur dann gerechtfertigt, wenn derselbe Patient im selben Quartal aus medizinischen Gründen von beiden Gemeinschaftspraxis-Partnern behandelt werden müsse. Dies sei in der fachgleichen Gemeinschaftspraxis aber nicht erforderlich. Bei einer eventuellen Subspezialisierung könne eine Einzelleistungsabrechnung über den Ordinationskomplex hinaus erfolgen. Auch bei Überweisung aus einer Einzelpraxis an einen anderen Arzt für eine spezielle Untersuchung falle nicht eine weitere Ordinationsgebühr an. Wenn man eine gewisse Kompensation habe gewähren wollen, wäre diese aus Gründen der Honorarverteilungsgerechtigkeit auf fachübergreifende Gemeinschaftspraxen zu begrenzen. Aber auch dann sei die Kompensationsregelung quantitativ weit überzogen. Die Komplexierung von Einzelleistungen treffe Einzel- und Gemeinschaftspraxis gleichermaßen. In der Kommentarliteratur sei seinerzeit unterschiedlich argumentiert worden, es sei auf die größere Anzahl von Patienten und die dadurch bedingte häufigere Überschreitung der Durchschnittsfallzahlen bzw. auf das Aufgehen vieler Einzelleistungen in der Ordinationsgebühr abgestellt worden. Beide Argumente überzeugten nicht. Eine "amtliche Begründung" für die Bevorzugung der Gemeinschaftspraxis existiere nicht. In ländlichen Gebieten, die insbesondere bei Hausärzten nur mit Einzelpraxen versorgt werden könnten, gefährde die Benachteiligung der Einzelpraxen die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Die Notwendigkeit einer Abgeltung des interkollegialen Aufwands und der Kosten für konsiliarische Rücksprachen sei nicht mehr aktuell. Im alten EBM sei die mit 50 Punkten bewertete Erörterung nach Nr. 44 zwischen zwei Partnern einer fachgleichen Gemeinschaftspraxis nicht berechnungsfähig gewesen, jedoch zwischen Einzelpraxen. Im neuen EBM gebe es diese Erörterungsziffer nicht mehr. Auch für Einzelpraxen sei die interkollegiale Erörterung in Komplexen aufgegangen. Wolle man Gemeinschaftspraxen nur deshalb fördern, um das "Hin- und Herüberweisen" in Praxisgemeinschaften einzudämmen, dann hätte man dies mit anderen Regelungen bzw. schärferen Prüfmethode tun können und müssen. Es treffe auch nicht mehr zu, die Privilegierung der Gemeinschaftspraxen hätte keine nennenswerte Auswirkung auf den wirtschaftlichen Erfolg von vertragsärztlichen Einzelpraxen. Gemeinschaftspraxen hätten ohnehin höhere Erträge als Einzelärzte. Die Klagebefugnis könne nicht bezweifelt werden. Rechtswidrige EBM-Regelungen seien nichtig, da sie gegenüber den Ärzten wie Rechtsnormen wirkten (Normsetzungsvertrag). Rechtswidrige HVM-Regelungen seien grundsätzlich unwirksam. Bei der Bildung von Fachgruppentöpfen führe eine unwirksame HVV-Regelung zu einer Besserstellung der im Honorartopf befindlichen Ärzte. Würde die Privilegierung der Gemeinschaftspraxen wegfallen, würde sich in dem konkreten Honorartopf das Honorar (Punktwert) erhöhen. Dies würde dann allen im Fachgruppentopf befindlichen Ärzten, also sowohl den Einzelärzten als auch den Gemeinschaftspraxis-Ärzten zugute kommen.

Die Beklagte verband beide Widerspruchsverfahren und wies mit Widerspruchsbescheid vom 19.09.2007, dem Kläger am 20.09. zugestellt, die Widersprüche als unbegründet zurück. In den Bescheidgründen führte sie aus, es erscheine fraglich, ob die Widersprüche mangels Beschwer als unzulässig zurückzuweisen wären. Diese Frage könne jedoch dahingestellt bleiben, da die Widersprüche zumindest unbegründet seien. 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 ermögliche 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 der Kläger am 28.09.2007 die Klage erhoben. Seine Bevollmächtigten weisen darauf hin, dass sie insgesamt 206 Ärzte aus dem Bereich der Beklagten wegen der streitbefangenen Problematik vertreten würden. Der Kläger verweist auf die Ausführungen seines Prozessbevollmächtigten im Widerspruchsverfahren. In der mündlichen Verhandlung hat er ausdrücklich erklärt, auf Rechtsgründe werde in diesem Verfahren nicht verzichtet, die Klage werde aus allen Rechtsgründen betrieben. Zur weiteren Begründung hat er auf die Ausführungen seines Prozessbevollmächtigten im Parallelverfahren mit Az.: [S 12 KA 469/07](#) verwiesen. Dort wurde Folgendes weiter vorgetragen: Der EBM 2005 mit den dazugehörigen Beschlüssen des Bewertungsausschusses sowie der Honorarverteilungsvertrag verstießen gegen höherrangiges Recht und seien rechtswidrig. Ein Honorarverteilungsvertrag mit Regelleistungsvolumina hätte bereits zum

01.07.2004, nicht erst zum 01.04.2005 abgeschlossen werden müssen. Auch der Beschluss des Bewertungsausschusses sei zu spät ergangen. Die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens müssten mit festen Punktwerten vergütet werden. Die Transkodierung der Leistungen nach dem EBM 1996 in Leistungen nach EBM 2005 zur Bestimmung des Regelleistungsvolumens sei von der hierfür nicht zuständigen KBV vorgenommen worden und genüge nicht dem Rechtsstaatsgebot. Ein Arzt könne nicht nachprüfen, ob die Transkodierung korrekt erfolgt sei. Das Gebot der Normenklarheit und das Bestimmtheitsgebot seien nicht beachtet worden. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 genüge nicht den gesetzlichen Anforderungen, da er praktisch alle wesentlichen Entscheidungen delegiere. Mit Beschluss vom 01.06.2006 habe der Bewertungsausschuss die Formel zur Ermittlung der Fallpunktzahl rückwirkend geändert. Die "Fallzuwachsbeschränkungen" würden nicht definiert werden. Der "kalkulatorische Leistungsbedarf" als Berechnungsgrundlage sei aufgegeben worden. Es erfolge eine "Sozialisierung" der ärztlichen Leistung insoweit, als die Punktwerte in einen Korridor von 20 % gepresst würden und für alle Arztgruppen gleichermaßen ein kalkulatorischer Arztlohn von 95.000,00 EUR festgesetzt werde. Die ärztliche unternehmerische Leistung lohne sich also nicht mehr. Dies greife in unzulässiger Weise in die Berufsausübungsfreiheit ein. Es verstoße gegen das Bestimmtheitsgebot, dass die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nicht mehr dem EBM zu entnehmen seien. Er rüge eine rückwirkende Inkraftsetzung des Honorarverteilungsvertrages. Es seien keine festen Punktwerte für Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens vorgesehen. Die Regelung zur Fallzahlzuwachsbeschränkung im Honorarverteilungsvertrag sei in sich widersprüchlich und unverständlich, da sie das Honorar begrenze und nicht die Zahl der Behandlungsfälle. Die "verbleibende Honorarforderung" werde quotiert. Die Kompliziertheit der Regelung müsse zwangsläufig zu Umsetzungsfehlern führen. Nicht nachvollzogen werden könne, welche Fallzahlen dann für das Regelleistungsvolumen maßgebend seien. Die Vermischung von Honorarvolumen und Fallzahlen setze sich bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens fort. Unverständlich sei, weshalb der Vorstand Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen vornehmen könne. Der Honorarverteilungsvertrag beziehe entgegen den Vorgaben des Bewertungsausschusses verschiedene Leistungen in das Regelleistungsvolumen ein. Hausärztliche und kinderärztliche Strukturleistungen nach den Nrn. 0300 und 04000 EBM 2005 würden im fachärztlichen Versorgungsbereich vergütet werden, nämlich in der Honorargruppe B 1. Fachärztlich tätige Kinderärzte dürften nicht dem hausärztlichen Versorgungsbereich, Honorargruppe A 2.1, zugeordnet werden. Die Kombination verschiedener Honorarbeschränkungsmaßnahmen greife unverhältnismäßig in die Berufsausübungsfreiheit ein. Weshalb eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen nicht in Betracht komme, müsse die Beklagte erläutern. Der Bereich der Teilradiologie werde bei dem Regelleistungsvolumen nicht berücksichtigt. Ärzte mit und ohne Teilradiologie würden gleich behandelt werden, was unzulässig sei.

Der Kläger beantragt,

unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale II/05 und III/05, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. 10. 2007, die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger für die Quartale II/05 und III/05 ein höheres vertragsärztliches Honorar zuzuerkennen,

hilfsweise,

die Beklagte zu verurteilen, den Kläger über seine Widersprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden,

und weiter

die Sprungrevision zum Bundessozialgericht zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, die Klage sei mangels Beschwer bereits unzulässig, da dem Kläger auch bei Aufhebung der angegriffenen Honorarbescheide kein höherer Honoraranspruch zustünde. Lediglich hilfsweise werde vorgetragen, dass die Klage darüber hinaus unbegründet sei. Die von ihr angewendeten Abrechnungsmodalitäten basierten auf einer tragfähigen Rechtsgrundlage, deren Regelungsgehalt auf vertretbaren Ermessenserwägungen beruhe. Der Regelung über den Aufschlag bei der Fallpunktzahl lägen sachliche Erwägungen zugrunde. Zum einen werde hierdurch der rechtspolitisch nicht zu beanstandende Zweck verfolgt, Gemeinschaftspraxen zu fördern. Dies ergebe sich bereits aus der Entscheidung des Gesetzgebers. Die detaillierte Ausgestaltung dieser rechtspolitischen Entscheidung erfolge, wie vom Gesetz vorgesehen, durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004. Neben dieser Zielsetzung diene der Aufschlag bei den Fallpunktzahlen für Gemeinschaftspraxen auch dazu, den interkollegialen Aufwand bzw. die Kosten für konsiliarische Rücksprachen zwischen den Partnern einer Gemeinschaftspraxis abzugelten, die sonst nicht berechnungsfähig seien. Der Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung sei nicht verletzt, da ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf ein außerhalb des von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entwickelten Rahmens nicht existiere. Auch hinsichtlich des Aufschlags beim Ordinationskomplex habe der Bewertungsausschuss lediglich gesetzliche Vorgaben umgesetzt. Zur Vermeidung von Wiederholungen verweise sie auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid.

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 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. Angefochten sind die Honorarbescheide für die Quartale II und III/05. Hierüber ist auch ein Vorverfahren durchgeführt worden.

Die zulässige Klage ist im Hilfsantrag begründet.

Die Honorarbescheide für die Quartale II und III/05, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.09.2007 sind rechtswidrig und waren daher abzuändern. Die Beklagte ist verpflichtet, den Kläger unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über seinen

Honoraranspruch neu zu bescheiden. Im Übrigen war die Klage aber abzuweisen.

Die Honorarbescheide für die Quartale II und III/05, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.10.2007 sind rechtswidrig.

Die Rechtswidrigkeit folgt bereits aus der Regelung nach Ziffer 6.3 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, veröffentlicht durch die Beklagte als Anlage 2 zum Landesrundsreiben/Bekanntmachung Landesstelle vom 10.11.2005 (im Folgenden: HVV), soweit mit dieser Regelung der HVV gegen die zwingenden Vorgaben des Bewertungsausschusses verstößt, sowie im Quartal III/05 aus der Festsetzung eines Kürzungsbetrags nach Ziff. 7,5 HVV.

Die Honorarbescheide sind insofern rechtswidrig, als die Beklagte Leistungen, die entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses in seinem Beschluss vom 29.10.2004 dem Leistungsbereich 4.1 zuzuordnen sind, 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 der Kläger 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. Diese Regelungen beruhen auf Vorgaben des Bewertungsausschusses, die wiederum auf Vorgaben des Gesetzgebers beruhen.

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 Honorarverteilungsvertrages an die Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses in der Weise gebunden sind, dass sie rechtswirksam keine abweichende Regelung treffen konnten. Dem folgt die Kammer vollumfänglich.

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 Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, genannt. Entsprechend hat der HVV auch die Honorar(unter)gruppe A 2.1 gebildet und für diese Vertragsärzte die von der Beklagten zugrunde gelegten Fallpunktzahlen vorgegeben.

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. Der Kläger hat auch keine entsprechenden Gründe vorgetragen. Soweit er auf die von ihm betriebene Teilradiologie verweist, dürfen diese Leistungen nicht in das Regelleistungsvolumen einbezogen werden.

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.

So rechnete der Kläger u. a. Leistungen nach Ziff. 01210, 02215, 01411, 01412, 01610, 01620, 01622, 01731, 01732 und 01820 EBM 2005 ab, die die Beklagte entgegen der Vorgabe in III.4.1 BRLV in das Regelleistungsvolumen einbezogen hat. Soweit die Beklagte weitere Leistungen entgegen der Vorgabe einbezogen hat, sind diese ebf. außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten.

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 hat für die im Einzelnen aufgeführten Leistungen bestimmt, dass diese aus dem Arztgruppentopf zu vergütenden Leistungen und Leistungsarten dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen (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 den Kläger 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.

Soweit die Beklagte im Quartal III/05 einen Kürzungsbetrag in Höhe von 1.838,68 EUR nach Ziff. 7.5 HVV festgesetzt hat, ist dies ebf. rechtswidrig.

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 Honorarzahung 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. Stützpunktwertes verringern kann und die Honorarzuweisung auf der Grundlage eines geringeren Punktwertes 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 352/07](#) –; v. 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.

Die Kammer sieht in diesen Bestimmungen nach der BRLV 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, Urte. 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 KÄVen 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 Gesamtvergütung 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 KÄVen 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 d. Kl. der Kürzungsbetrag in vollem Umfang zurückzuerstatten ist. 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 Ziffer 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.

Im Übrigen war die Klage aber abzuweisen.

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

Abschnitt III.3.2.2 BRLV gibt einen Aufschlag für die Regelleistungsvolumina vor. Diese Regelung hat der Honorarverteilungsvertrag fast wortgleich übernommen. Danach gilt:

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: &8722; 130 Punkte bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Gemeinschaftspraxen sowie bei Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung gemäß Angestellten-Ärzte-Richtlinien unterliegen, alternativ &8722; 30 Punkte je in einer arztgruppen- oder schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxis repräsentiertem Fachgebiet oder Schwerpunkt, mindestens jedoch 130 Punkte und höchstens 220 Punkte.

An die Regelungen im BRLV sind die Vertragsparteien gebunden. Ein Honorarverteilungsvertrag besteht nach der gesetzlichen Fiktion des [§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#) aus einem Beschlussteil und dem zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Teil, so dass im Falle einer divergenten Regelung den bundeseinheitlichen Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses der Vorrang zukommt. Die Vertragspartner des Honorarverteilungsvertrags sind an die Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses in der Weise gebunden, dass sie rechtswirksam keine abweichende Regelung treffen konnten (vgl. LSG Hessen, Ur. v. 23.04.2008, [aaO.](#)).

Soweit die Regelleistungsvolumina erhöhte Fallpunktzahlen für Gemeinschaftspraxen vorsehen, berücksichtigen sie zunächst die Höherbewertung des Ordinationskomplexes im EBM 2005.

Nach dem seit 01.04.2005 geltenden EBM 2005 erhalten Ärzte, die in Gemeinschaftspraxen tätig sind, einen Aufschlag von mindestens 60 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).

Der Zuschlag zum Ordinationskomplex im EBM 2005 und der Zuschlag zum Regelleistungsvolumen nach Ziffer 3.2.2 BRLV widersprechen 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, Besch. 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.

Eine Änderung der Rechtslage zum EBM 1996 ist nur insofern eingetreten, als mit dem GMG der Gesetzgeber nunmehr ausdrücklich eine "Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen" verlangt ([§ 85 Abs. 2a Satz 1 SGB V](#) i.d.F.d. GMG). Nach der Begründung des insoweit unverändert angenommenen Entwurfs ([BT-Drs. 15/1525](#)) wurde der Bewertungsausschuss dadurch verpflichtet, bei der Zusammenfassung von Einzelleistungen zu Leistungskomplexen und Fallpauschalen die Besonderheiten von Gemeinschaftspraxen und anderen Kooperationsformen zu berücksichtigen. In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu ausdrücklich:

"Es wird klargestellt, dass bei der Festlegung der Fallpauschalen und Leistungskomplexe die Besonderheiten von kooperativen Versorgungsformen zu berücksichtigen sind: so ist i.d.R. der anfallende Behandlungsaufwand pro Patient bei der Behandlung durch eine kooperative Versorgungsform im Vergleich zur Behandlung durch eine Einzelpraxis höher, da in der kooperativen Versorgungsform oftmals mehrere Ärzte an der Behandlung beteiligt sind. ( ) Zur Förderung der Versorgung durch kooperative Versorgungsformen, beispielsweise medizinische Versorgungszentren, sollen spezifische Fallpauschalen entwickelt werden, die den Besonderheiten dieser Versorgungsformen Rechnung tragen." ([BT-Drs. 15/1525](#), Zu Nummer 66 (§ 87), Zu Buchstabe d, Zu Doppelbuchstabe aa)

Der Gesetzgeber geht damit davon aus, dass ein von ihm unterstellter Mehraufwand in Gemeinschaftspraxen durch ein breiteres fachliches Spektrum und kollegiale Zusammenarbeit zu berücksichtigen ist und dass überhaupt kooperative Versorgungsformen gefördert werden sollen. Es kann hier dahinstehen, ob und in welcher Weise hieraus für den Bewertungsausschuss eine Verpflichtung folgte, kooperative Versorgungsformen im EBM und bei den Regelleistungsvolumina begünstigend zu berücksichtigen. Jedenfalls war ihm dies in der vorgenommenen Weise nicht verwehrt, da der Gesetzgeber ihn hierzu ausdrücklich ermächtigt hatte.

Die klägerseits gegen die Bewertungen des Bewertungsausschusses vorgetragenen Einwände, die sich letztlich auch gegen die Vorgaben des Gesetzes richten, sind nicht geeignet, die Rechtswidrigkeit der Regelungen zu begründen. Es handelt sich insgesamt um beachtliche berufspolitische Argumente, die im Rahmen der Einschätzungsprärogative des Normgebers aber anders gewichtet und bewertet werden können, ohne dass hierdurch die Rechtswidrigkeit der Entscheidung des Normgebers folgt. Angesichts der eindeutigen Vorgabe des Gesetzgebers geht dieser gerade von einer Unterscheidung zwischen Einzelpraxen und kooperativen Versorgungsformen aus. Der Gesetzgeber gibt insoweit eine ungleiche Behandlung vor. Die genannten Gründe hierfür können auch nicht als sachfremd bezeichnet werden. An der Geltung der gesetzlichen Rechtsgrundlage hat die Kammer keine Zweifel. Angesichts der klaren gesetzgeberischen Aussage folgt die Besserstellung auch nicht daraus, dass ursprünglich ein Ausgleich für eine Gemeinschaftspraxen benachteiligende Fallzahlabstaffelung gewährt werden sollte, was dann aber, da Fallzahlen arzt- und nicht praxisbezogen ermittelt werden, obsolet geworden wäre.

Darüber, ob der Behandlungsaufwand pro Fall in einer Gemeinschaftspraxis höher als in einer Einzelpraxis ist, liegen verlässliche empirische Daten nicht vor. Soweit ersichtlich, beruft sich auch weder der Gesetzgeber noch der Bewertungsausschuss auf solche Daten. Die klägerischen Einwände hiergegen sind aber jedenfalls nicht weniger spekulativ als die des Normgebers. Insofern liegt es aber auf der Hand, dass im Regelfall zwei Vertragsärzte auch bei gleicher Fachrichtung aufgrund unterschiedlicher Berufsbiographie nicht über ein vollständig identisches Leistungsspektrum verfügen. Entscheidend ist aber, dass der Normgeber die kollegiale Zusammenarbeit, die auch bei gleicher Fachrichtung vorliegen kann, berücksichtigen will, ohne hierfür spezifische Leistungslegenden zu schaffen, und generell die Bildung von Gemeinschaftspraxen fördern will.

Soweit die Zubilligung fester und einheitlicher Zuschläge für Gemeinschaftspraxen zu prozentual unterschiedlichen Erhöhungen der Ordinationsgebühr und der Regelleistungsvolumina führen, ist dies noch von der Möglichkeit des Normgebers zur Pauschalierung gedeckt. Die klägerseits dargelegten prozentualen Abweichungen sind lediglich auf eine einzelne Ziffer bezogen. Es ist folgerichtig, angesichts der Höherbewertung auch die Regelleistungsvolumina schon um diesen Teil höher zu bewerten. Im Ergebnis führt die Erhöhung des Ordinationskomplexes aber pro Patient zu einer Anerkennung gleicher Punktzahlvolumen. Gleiches gilt für die Regelleistungsvolumina. Im Hinblick auf die genannten Regelungszwecke ist ein unmittelbarer und insoweit rechtlich zwingender Zusammenhang mit dem Ordinationskomplex nicht ersichtlich, der zu einheitlich prozentualen oder weiter differenzierten Zuschlägen führen müsste.

Der Kammer ist auch nichts ersichtlich, dass die Benachteiligung der Einzelpraxen zu einer gesundheitlichen Gefährdung der Bevölkerung geführt hätte oder führen würde. Das Bundessozialgericht hat bereits darauf hingewiesen, dass 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. Dies gilt auch aktuell für die hier strittigen Regelungen. Von daher vermochte die Kammer auch keinen Zusammenhang zwischen der Absicht, sich vertragsärztlich niederzulassen, und den hier strittigen Regelungen zu erkennen. Auch ist nicht erkennbar, dass aufgrund der hier strittigen Regelungen eine Einzelpraxis wirtschaftlich nicht mehr betrieben werden könnte.

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 hausärztliche Versorgungsebene sieht Ziffer 2.1 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 % Punkte von der nach gleicher Vorgehensweise über beide Honorar(unter)gruppen gebildeten (mittleren) Quote abweicht, ist, soweit möglich, ein Ausgleich zwischen beiden Honorar(unter)gruppen A 2.1 und A 2.2 mit dem Ziel der Erreichung einer maximalen Abweichung von 15 % Punkten von der mittleren Quote 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 Punktwertes. Die Vereinbarung eines festen Punktwertes 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 wäre gerade der Honoraranspruch der Praxen, deren Abrechnung sich im Wesentlichen innerhalb des Regelleistungsvolumens bewegt, eher vermindert worden. 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 Punktwertes 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 Punktwertes 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](#)).

Ohne Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit des hier geltenden Honorarverteilungsvertrags ist der Umstand, dass ein Honorarverteilungsvertrag mit Regelleistungsvolumina bereits zum 01.07.2004, nicht erst zum 01.04.2005 hätte abgeschlossen werden müssen. Dies kann allenfalls Auswirkungen auf die Rechtslage bis zum 31.03.2005 gehabt haben. Der HVV umfasst jedenfalls Regelleistungsvolumina und ist insofern im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben. Der Beschluss des Bewertungsausschuss vom 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen ist weit vor den hier streitbefangenen Quartalen ergangen und damit nicht zu spät. Aus der möglicherweise im Hinblick auf die gesetzgeberische Vorgabe 01.07.2004 insgesamt zu späte Verabschiedung des Regelwerks kommt es nicht an, da allein hieraus nicht deren Rechtswidrigkeit folgt.

Soweit der HVV erst am 10.11.2005 unterzeichnet und veröffentlicht wurde, wurde er für die Quartale II und III/05 und z. T. auch IV/05 rückwirkend in Kraft gesetzt. Hierbei handelt es sich aber um eine zulässige unechte Rückwirkung.

Eine echte Rückwirkung liegt vor, wenn eine Norm nachträglich ändernd in abgewinkelte, der Vergangenheit angehörende Sachverhalte eingreift, eine unechte dann, wenn eine Rechtsnorm auf gegenwärtige, noch nicht abgeschlossene Sachverhalte und Rechtsbeziehungen für die Zukunft einwirkt, indem sie Rechtspositionen nachträglich entwertet. Bei dieser Abgrenzung, die jeweils nur im Einzelfall unter Würdigung der Eigenarten des in Betracht kommenden Regelungsbereichs vorgenommen werden kann, ist auf den Zeitpunkt der Bekanntmachung der Norm abzustellen. Honorarbegrenzungsregelungen, die noch vor Durchführung der Abrechnung eines Quartals in den Honorarverteilungsmaßstab aufgenommen werden, entfalten regelmäßig nur eine unechte Rückwirkung. Ein konkreter Honoraranspruch - und damit ein bereits abgeschlossener Sachverhalt - entsteht unter der Geltung begrenzter Gesamtvergütungen regelmäßig erst nach Prüfung sämtlicher von den Vertragsärzten eingereicherter Abrechnungen und der darauf basierenden Errechnung der möglichen Verteilungspunktwerte; erst dadurch konkretisiert sich der bis dahin nur allgemeine Anspruch auf Honorarteilhabe zu einem der Höhe nach individualisierten Honoraranspruch. Nur in den - seltenen - Fällen, in denen eine bestehende HVM-Regelung bereits eine abschließende Festlegung z. B. in Form der Garantie eines Mindestpunktwertes enthält, führt ein nach Leistungserbringung erfolgender Eingriff in diese Position zur Umgestaltung eines in den wesentlichen Merkmalen bereits abgewickelten Sachverhalts und damit zu einer echten Rückwirkung (vgl. BSG, Urt. v. 29.11.2006 - [B 6 KA 42/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 30](#) = USK 2006-123, juris Rn. 14 f. m. w. N.). Im November 2005 waren aber noch keine der hier streitbefangenen Honorarbescheide ergangen, so dass eine unzulässige Rückwirkung nicht vorliegt.

Die Vorgaben für die Berechnung des Regelleistungsvolumens sind hinreichend bestimmt. Anlage 2 zum Teil III BRLV verweist zur Berechnung der KV-bezogenen, arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl für das Regelleistungsvolumen auf den arztgruppenspezifischen

Leistungsbedarf in Punkten im Zeitraum vom 2. Halbjahr 2003 bis zum 1. Halbjahr 2004 unter Berücksichtigung der Neufassung des EBM. Damit ist hinreichend präzise beschrieben, wie die Regelleistungsvolumina zu bilden sind. Soweit hierbei eine Transkodierung der Leistungen nach dem alten EBM 1996 in den neuen EBM 2005 erfolgt, obliegt dies dem Gestaltungsspielraum der Vertragspartner des HVV, die die Regelleistungsvolumina arztgruppenspezifisch festgesetzt haben. Soweit hierfür eine Übersetzungsliste der KBV zur Verfügung gestellt wurde, kann dahinstehen, ob es sich insoweit um eine Richtlinie nach [§ 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) handelt, die dann lediglich die Beklagte binden könnte. Jedenfalls waren die Vertragspartner des HVV im Rahmen ihres Gestaltungsspielraums befugt, diese Vorgaben zu übernehmen. Für diese Detailregelungen bedurfte es keiner weitergehender inhaltlicher Bestimmungen des Bewertungsausschusses. Der Kammer ist nicht ersichtlich, dass die Vertragspartner des HVV diesbezüglich ihren Gestaltungsspielraum überschritten hätten, auch wenn die Beklagte sich bisher nicht im Einzelnen dazu geäußert hat, wie die Transkodierung vorgenommen wurde.

Die Auffassung trifft nicht zu, dass der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 nicht den gesetzlichen Anforderungen genüge, da er praktisch alle wesentlichen Entscheidungen delegiere. Wie bereits ausgeführt, werden die wesentlichen Vorgaben zur Ermittlung der Regelleistungsvolumina im Beschluss selbst getroffen. Die Fallpunktzahlen für die Regelleistungsvolumina konnte der Bewertungsausschuss nicht selbst vorgeben, da für deren Ermittlung auf den Bedarf in den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen abzustellen ist. Der Bewertungsausschuss gibt eine Fallzahlobergrenze mit 200 % des Durchschnitts vor, ermöglicht aber hiervon Abweichungen im HVV (III.3.3.1 BRLV). Dies ist nicht zu beanstanden, da den Vertragspartnern des HVV ein eigener Gestaltungsspielraum eingeräumt werden kann.

Hinsichtlich der Bildung von Fachgruppentöpfen und der Einführung von Regelleistungsvolumina ist der HVV von dem BRLV nicht abgewichen, so dass es auf die Zulässigkeit einer Ermächtigung zu abweichenden Regelungen nicht ankommt. Es ist nicht ersichtlich, dass im HVV Anpassungen vorgenommen wurden. Im Übrigen bestehen gegen die Regelung in Abschnitt III.3.1 Abs. 3 BRLV aufgrund der genannten Zielsetzungen keine Bedenken, da damit regionalen Besonderheiten Rechnung getragen werden kann. Die "Fallzuwachsbeschränkungen" müssen vom Bewertungsausschuss nicht definiert werden. Insofern handelt es sich seit der Einführung der sog. Praxisbudgets um ein Steuerungsinstrument der regionalen Honorarverteilung. Eine gesetzliche Vorgabe für eine weitergehende Ausgestaltung durch den Bewertungsausschuss gibt es nicht. Der Bewertungsausschuss war auch befugt, die Vertragspartner des HVV auf Fallzahlzuwachsbeschränkungen festzulegen, da das Regelleistungsvolumen mit der Fallzahl steigt und insofern flankierender Steuerung bedarf. Für einen "kalkulatorischen Leistungsbedarf" als Berechnungsgrundlage gibt es weder eine gesetzliche Vorgabe noch einen zwingenden sachlichen Grund. Insofern setzt das Regelleistungsvolumen an dem tatsächlichen Bedarf im genannten Referenzzeitraum an, was sachlich nicht zu beanstanden ist.

Unbeachtlich ist, ob der Bewertungsausschuss weitere Beschlüsse zum EBM fasst. Maßgeblich ist allein, ob eine ausreichende gesetzliche Ermächtigung besteht, was hier der Fall ist.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 01.04.2006 betrifft nicht die Ermittlungsvorgaben für die Fallpunktzahl selbst. Soweit in der neu eingefügten Fußnote 2 eine abweichende Ermittlung zugelassen wird, ist nicht ersichtlich, dass die Partner des HVV hiervon Gebrauch gemacht hätten. Bereits aus diesem Grund ist dieser Beschluss ohne Bedeutung für die hier streitbefangenen Honorarbescheide.

Die Regelung zur Fallzahlzuwachsbeschränkung im Honorarverteilungsvertrag sind auch nicht in sich widersprüchlich und unverständlich. Es werden klare Vorgaben zur Ermittlung der Fallzahlgrenze gegeben. Es ist auch zulässig, bei Übersteigen der Fallzahlgrenzen einen Teil der Honoraranforderung zu kürzen. Ähnliche Fallzahlbeschränkungsmaßnahmen sind von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wiederholt für rechtmäßig befunden worden (vgl. BSG, Ur. v. 13.03.2002 - [B 6 KA 48/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 44](#) = [MedR 2002, 594](#) = [GesR 2002, 88](#) = [NZS 2003, 440](#); BSG, Ur. v. 10.03.2004 - [B 6 KA 3/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 9](#) = [BSGE 92, 233](#) = [GesR 2004, 393](#) = [MedR 2004, 639](#) = [Breith 2005, 14](#) = [USK 2004-123](#)). Gründe für eine Sonderregelung hat der Kläger auch im Klageverfahren nicht substantiiert geltend gemacht und sind der Kammer nicht ersichtlich. Aus der tatsächlichen oder angegebenen Kompliziertheit einer Regelung folgt nicht zwangsläufig, dass diese zu Umsetzungsfehlern führen muss. Solche sind nicht substantiiert vorgetragen worden und der Kammer nicht ersichtlich. Im Honorarbescheid wird auch angegeben, welche Fallzahl für das Regelleistungsvolumen maßgebend ist.

Soweit hausärztliche und kinderärztliche Strukturleistungen nach den Nrn. 0300 und 04000 EBM 2005 im fachärztlichen Versorgungsbereich vergütet werden, nämlich in der Honorargruppe B 1, und fachärztlich tätige Kinderärzte dem hausärztlichen Versorgungsbereich, Honorargruppe A 2.1, zugeordnet werden, ist nicht ersichtlich, welche Auswirkungen, auch unterstellt, die Regelungen seien rechtswidrig, dies auf den Honoraranspruch der klägerischen Praxis haben sollte. Im Übrigen hat die Beklagte in nicht zu beanstandender Weise abrechnungstechnisch die fachärztlich tätigen Kinderärzten der Honorar(unter)gruppe A 2 und damit dem hausärztlichen Bereich zugeordnet. Dies entsprach der bisherigen Rechtslage. Der Bewertungsausschuss hat erst im BRLV vorgesehen, dass Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt durch den Honorarverteilungsvertrag entsprechenden Arztgruppen zugeordnet werden können (vgl. Anlage 1 zum Teil III des Beschlusses, Abs. 3). Zwingend vorgegeben hat er dies nicht (vgl. hierzu SG Marburg, Ur. v. 06.02.2008 - S 12 KA 14/07 - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris, Berufung anhängig LSG Hessen - L 4 KA 36/08 -).

Die Kombination verschiedener Honorarbeschränkungsmaßnahmen greift nicht unverhältnismäßig in die Berufsausübungsfreiheit ein. Warum dies der Fall sein sollte, ist klägerseits nicht dargelegt.

Soweit klägerseits letztlich eine zu geringe Vergütung der Leistungen geltend gemacht wird, 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, Ur. 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 klägerische Fachgebiet ist im Bezirk der Beklagten 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.

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. Zu berücksichtigen war hierbei aber auch, dass der Kläger nur mit einem Teil seiner Argumente durchdringen konnte.

Die Sprungrevision war nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zuzulassen. Bei der Kammer sind in großer Zahl weitere Verfahren anhängig, bei denen die hier entschiedenen Rechtsfragen gleichfalls von Bedeutung sind. Der Prozessbevollmächtigte des Klägers selbst verweist bzgl. der gerügten Bevorzugung der Gemeinschaftspraxen auf über 200 weitere in Hessen und 650 in Baden-Württemberg von ihm vertretene Vertragsärzte hin. Zudem sind zahlreiche weitere Klagen bzgl. der Honorarbescheide bei der Kammer anhängig.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-08-25