

S 12 KA 467/07

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 467/07

Datum

24.09.2008

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 86/10

Datum

19.01.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Leistungen, die entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses dem Leistungsbereich 4.1 zuzuordnen sind (III.4.1 Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen), dürfen nicht innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 - [L 4 KA 69/07](#) - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris). Insofern ist auch die Berechnung der Regelleistungsvolumina fehlerhaft. Hierzu gehören auch die Leistungen, die eine Anästhesistin im Rahmen der Behandlung von stationären Belegarztfällen erbracht hat. Insofern ist auch die Berechnung der Regelleistungsvolumina fehlerhaft.

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.

Bemerkung

verb. m. S 12 KA 488 bis 493/07

1. Unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale II/05 bis IV/06, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.10.2007, wird die Beklagte verurteilt, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

3. Die Klägerin hat 1/4, die Beklagte hat 3/4 der Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat der Klägerin 3/4 der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honoraranspruchs für die sieben Quartale II/05 bis IV/06.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Anästhesiologie mit Praxisstz in A-Stadt zur vertragsärztlichen Versorgung seit 1981 zugelassen.

In den streitbefangenen Quartalen setzte die Beklagte das Honorar der Klägerin mit Honorarbescheid fest, gegen den die Klägerin jeweils Widerspruch einlegte. Den Honorarbescheid für das Quartal II/05 ersetzte die Beklagte aus abrechnungstechnischen Gründen durch einen neuen Honorarbescheid. Die Festsetzungen im Einzelnen und die Daten der Widerspruchseinlegung ergeben sich aus nachfolgender Übersicht:

Quartal II/05 III/05 IV/05 I/06

Honorarbescheid v. 29.06.2006 22.01.2006 12.08.2006 28.11.2006 20.01.2007

Widerspruch eingelegt am 14.02.2006 24.10.2006 22.01.2007 05.03.2007

Nettohonorar 49.877,08 31.517,94 51.623,31 35.511,60

Bruttohonorar PK+EK 49.461,24 31.258,33 51.972,44 35.306,32 Fallzahl 435 368 420 419

Regelleistungsvolumen nach Ziff. 6.3 HVV

Fallzahl 435 368 420 419

Fallwert 1.671,0 1.659,8 1.651,8 1.661,2

Praxisbezogenes RLV 692.629,5 593.378,5 665.262,5 671.540,1 Abgerechnetes Honorarvolumen 1.344.361,0 1.189.337,0 1.114.255,0

1.332.670,0

Überschreitung 651.731,5 595.958,5 448.992,5 661.129,9

Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV

Referenz-Fallzahl 489 424 462 418

Referenz-Fallwert 82,0172 65,4826 77,4932 74,3060

Aktueller Fallwert 57,3968 57,9198 55,4086 47,1642

Auffüllungsbetrag je Fall 20,5212 - 8,0478 9,2804

Auffüllungsbetrag gesamt 8.926,74 - 3.380,07 3.879,21

54er-Liste

Überschreitung - 13.440 62.744 -

Quartal II/06 III/06 IV/06

Honorarbescheid v. 05.02.2007 17.03.2007 18.04.2007

Widerspruch eingelegt am 03.04.2007 08.05.2007 05.05.2007/ Nettohonorar 36.948,27 26.627,39 36.488,83

Bruttohonorar PK+EK 37.313,83 26.537,25 36.325,95

Fallzahl 396 319 399

Regelleistungsvolumen nach Ziff. 6.3 HVV

Fallzahl 396 319 399

Fallwert 1.668,8 1.678,1 1.676,1

Praxisbezogenes RLV 645.408,4 535.313,9 644.480,5

Abgerechnetes Honorarvolumen 1.333.757,0 927.817,0 1.152.248,0 Überschreitung 688.348,6 392.503,1 507.787,5

Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV

Referenz-Fallzahl 435 368 420

Referenz-Fallwert 67,1049 57,9198 63,4564

Aktueller Fallwert 80,2018 66,2847 62,5183

Korrekturbetrag je Fall 3,9364 4,8759 -

Kürzungsbetrag gesamt 1.558,83 1.555,42 -

54er-Liste

Überschreitung - 7.175,0 26.479,0

Zur Begründung ihrer Widersprüche trug die Klägerin vor, das Regelleistungsvolumen sei nicht korrekt berechnet worden. Nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumen seien in Abs. 4.1 Leistungen aufgeführt, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterlägen. Hierzu gehörten die Leistungen, die in stationären (belegärztlichen) Behandlungsfällen erbracht worden seien. Daraus folge, dass alle ihre mit der Zusatzziffer 98997 gekennzeichneten Fälle (im Quartal II/05 252 Fälle) außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden müssten. Damit sollte logischerweise dem deutlich erhöhten Zeitaufwand bei den stationären Operationen (Narkose) bis zur 6er Kategorie Rechnung getragen werden. Diese Punktwerte könne man nicht mit denen ambulant arbeitender Kollegen vergleichen. Sie bezweifle auch die Höhe von ca. 1.600 Punkten. Dieser Punktwert decke nicht einmal zur Hälfte den Punktwert der kürzesten Narkose ab. Ebenfalls erhebe sie Einspruch gegen die Kürzung ihrer Fallzahl. Es gebe viele Teilzeitpraxen. Auch insgesamt sei der Honorarbescheid rechtswidrig. Der für den EBM 2005 geltende Kalkulationspunktwert von 5,11 Cent werde im Bereich der Beklagten nicht vereinbart. Es gelte ein Punktwert unterhalb der Kosten in Höhe von 4 Cent pro Punkt. Es bestehe eine Kostenunterdeckung. Der vereinbarte Punktwert von 4 Cent könne weiter quotiert werden. Dies verstoße gegen höherrangiges Recht ([§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#)). Der quotierte Punktwert liege auch unterhalb der vereinbarten 4 Cent. Das Regelleistungsvolumen liege zwischen 1.548 und 1.616 Punkten bei den Primärkassen und 1.600 und 1.412 Punkten bei den Ersatzkassen, je nach Altersklasse. Dieses Regelleistungsvolumen sei zu gering bemessen. Dies zeigten ihre Überschreitungswerte. Die Vergütung der Überschreitungsmenge erfolge zu einem unteren Punktwert von 0,5 Cent. Es habe weder eine Ausweitung der Leistungsmenge noch eine Unwirtschaftlichkeit vorgelegen. Es seien auch keine weiteren Leistungen als die im entsprechenden Referenzzeitraum abgerechnet worden. Die Einbeziehung der belegärztlichen Leistung widerspreche den Vorgaben des Bewertungsausschusses, der festgelegt habe, dass besondere Inanspruchnahmen, sämtliche schriftlichen Mitteilungen und Gutachten, ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, ambulante und belegärztliche Operationen sowie sämtliche belegärztliche Behandlungsfälle nicht dem Regelleistungsvolumen unterlägen. Alle diese Leistungen seien dem Leistungsbereich 4.1 zuzuordnen und mit festen Punktwerten außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten. Dies sei hier nicht erfolgt. Alle Anästhesieleistungen für belegärztlich versorgte Patienten seien dem stationären Bereich zuzuordnen. Sie verweise ausdrücklich auf den Schiedsspruch zum ambulanten Operieren nach [§ 115b SGB V](#) vom 02.04.2007 in Hessen, in dem festgestellt worden sei, dass Anästhesien so behandelt werden müssten wie die "Hauptleistungen", zu der die Erbringung der Anästhesie benötigt werde. Es liege in der Natur der Sache, dass für Anästhesien kein eigenständiger Belegarzt erforderlich sei, da die Anästhesien grundsätzlich per Überweisungsauftrag des primär behandelnden Arztes erfolgten. Dennoch seien sie Gegenstand der stationären Versorgung. Sämtliche Anästhesien wie auch die Begleitleistungen (Untersuchungs- und Ordinationskomplex, Konsultationskomplex usw.) seien nicht im Regelleistungsvolumen abzurechnen. Es widerspreche dem Gleichbehandlungsgebot und sei mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht zu vereinbaren, wenn die im Rahmen stationärer Versorgungen erbrachten Anästhesien und ihre Begleitleistungen bei Anästhesisten im Regelleistungsvolumen als Teil der ambulanten Vergütung und Mengensteuerungsinstrument zugerechnet würden, während die belegärztlichen Leistungen der anderen Belegärzte außerhalb des Regelleistungsvolumens – ohne Mengensteuerungsmaßnahmen – zum festen Punktwert vergütet würden. Nur wenige Anästhesisten seien im Rahmen der belegärztlichen Versorgung tätig. Es könne daher nicht allen Anästhesisten das gleiche Regelleistungsvolumen zuerkannt werden. Die Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV schaffe nur einen Ausgleich auf bis 5 %. Zum 01.04.2007 sei im EBM 2005 ein zusätzliches Kapitel zur Abrechnung belegärztlicher Leistungen eingeführt worden. Im Quartal III/05 sei die Ausgleichsregelung nicht angewandt worden. Dies zeige, dass Ziffer 7.5 HVV kein geeignetes Instrument zur Vermeidung von Honorarverwerfungen darstelle. Gleichwohl müsse ihr die Auffüllung in Höhe von 1.578,24 EUR nachvergütet werden. Kürzungen innerhalb der 54er-Liste müssten zurückgenommen werden. Auch bezüglich dieses Regelleistungsvolumens sei ein Wachstum

zuzuerkennen, alle Leistungen seien zum oberen Punktwert zu vergüten. Im Quartal IV/05 betrage der korrekte Ausgleich bis auf - 5 % insgesamt ca. 7.648,00 EUR, pro Fall 18,2099 EUR anstatt 8,0478 EUR. Im Quartal I/06 betrage der korrekte Auffüllbetrag pro Fall 23,4265 EUR insgesamt 9.792,28 EUR. Tatsächlich seien jedoch nur 9,2804 EUR pro Fall, insgesamt 3.879,21 EUR aufgefüllt worden. 5.913,00 EUR seien nachzuvergüten. Eine Kürzung des Honorars aufgrund der Ausgleichsregelung sei unzulässig. Die Regelung der Ziffer 7.5 HVV solle EBM-bedingte Verwerfungen ausgleichen. Dies sei dann vom Sicherstellungsauftrag der Beklagten gedeckt, soweit hierdurch einzelne Praxen, die zur Sicherstellung benötigt würden und sonst nicht überlebensfähig wären, gestützt werden. Eine Rechtsgrundlage für Kürzungen von rechtmäßig erbrachten und abgerechneten Leistungen ergebe sich hieraus jedoch nicht. Durch die Einführung des EBM 2005 würden bestimmte Leistungsbereiche ganz bewusst gefördert und damit anders bewertet werden als bislang. Ein Abzug aufgrund von HVV-Regelungen sei mit dem Ziel des EBM – jeweils nicht vereinbar und damit wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht rechtswidrig. Eine am Fallwert festgemachte Einkommenslenkung mit dem Zweck, durch Honorarbegrenzung freigemachte Mittel zur allgemeinen Unterstützung ertragsschwacher Praxen zu verwenden, sei rechtswidrig, wie das BSG mit Urteil vom 24.08.1994 (6 RKA 15/93) zur "Segeberger Wippe" entschieden habe. Gleiches gelte für das Quartal III/06.

Die Beklagte wies mit Bescheid vom 23.08.2006 einen Antrag der Klägerin mit Datum vom 04.03.2006 auf Sonderregelung im Rahmen der fallzahlabhängigen Quotierung und des Regelleistungsvolumens ab dem Quartal II/05 ff. ab.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 18.10.2007, der Klägerin am 24.10. zugestellt, die Widersprüche als unbegründet zurück. Zur Begründung verwies sie auf die gesetzlichen Vorgaben nach [§ 85 Abs. 4](#) und 4 a Satz 1 SGB V und den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13.05.2004 und 29.10.2004 hin. Danach seien Regelleistungsvolumina vorgesehen und entsprechend im Honorarverteilungsvertrag vereinbart worden. Der Bewertungsausschuss habe auch beschlossen, dass der ursprüngliche Beschluss, der einen Punktwert von 5,11 Cent zugrunde gelegt habe, nicht zum Ansatz komme. Hierfür reiche auch die vereinbarte Gesamtvergütung nicht aus. Die fallzahlabhängige Quotierung gemäß Ziffer 5.2.1 HVV sei in allen streitbefangenen Quartalen nicht zur Anwendung gekommen. Gemäß Ziffer 6.3 HVV seien für die Fachgruppe der Anästhesisten folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen festgelegt worden:

RLV-Fallpunktzahl Primärkassen Ersatzkassen

Altersgruppe der Patienten in Jahren: 0 – 5 6 – 59 –) 60 0 – 5 6 – 59 –) 60

Fallpunktzahl Anästhesisten 1.616 1.586 1.548 2.412 1.600 1.770

Das Regelleistungsvolumen führe nicht zu einem Ausschluss der Honorierung der durchgeführten Leistungen, sondern zu einer Bewertung der überschreitenden Honorarforderung mit einem unteren Punktwert. Die auf belegärztliche Überweisung hin erbrachten Anästhesien seien nach ambulanten Grundsätzen abzurechnen (§ 41 Abs. 7 BMV-Ä, § 33 Abs. 7 EKV, Ziffer 3.2 HVV) und nach Ziffer 98997 zu kennzeichnen. Eine Vergütung sei mithin im Rahmen des Regelleistungsvolumens (Leistungsbereich 4.0) vorzunehmen. Der Honorarverteilungsvertrag sehe keine Herausnahme dieser Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen vor. Eine Ausnahmeregelung könne nur aus Gründen der Sicherstellung erfolgen. Dabei sei maßgeblich, ob im Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden, die die vertragsärztliche Versorgung in diesem Bereich sicherstellten. Eine entsprechende Überprüfung der Versorgungssituation im Planungsbereich Landkreis A-Stadt-F-Stadt habe ergeben, dass bereits in diesem eine hinreichende Zahl an Anästhesisten niedergelassen sei, die u. a. auch ambulante Anästhesien auf belegärztliche Überweisung hin erbrächten. Zudem befänden sich im Umkreis von A-Stadt weitere anästhesiologische Praxen, die die streitgegenständlichen Leistungen abrechneten, sodass insoweit kein Sicherstellungsproblem festzustellen sei. Es seien auch nur wenige bis gar keine Anästhesien der Kategorie 6 (Ziffer 31826 EBM 2005) zum Ansatz gekommen. Leistungen der "54er-Liste" seien mit den im HVV ausgewiesenen Punktwerten nur bis zu einer Grenze von 60 % bezogen auf die vergleichbare Honorarforderung der Praxis (in Punkten) im entsprechenden des Jahres 2001 (ausgenommen Quartale IV/05 und IV/06: Bezugsquartal IV/00). Fehlten Abrechnungswerte im Referenzzeitraum, so sei auf die durchschnittliche Honoraranforderung abzustellen. Die restriktive Vertragslage ermögliche keine Sonderregelung. Gemäß Ziffer 7.5 HVV könne zur Vermeidung von praxisbezogenen Honorarverwerfungen nach Einführung des EBM 2005 eine Ausgleichsregelung zur Anwendung kommen. Die im Rahmen der Ausgleichsregelung vorgenommene Berechnungsweise finde ihre Grundlage in Ziffer 7.5.1 HVV, wonach die für eine Stützung bei Fallwertminderungen notwendigen Honoraranteile zu Lasten der jeweiligen Honorar(unter)gruppen gingen, der die Praxis zugeordnet sei. Diese seien ggf. durch eine weitergehende Quotierung der Bewertungen bzw. Punktwerte zu generieren, falls die aus der Begrenzung der Fallwerte auf einen Zuwachs von 5 % resultierenden Honoraranteile nicht ausreichend sein sollten. Sollte durch eine solche Quotierung die Fallwertminderung (wieder) auf einen Wert oberhalb von 5 % steigen, führe dies zu keinem weiteren Ausgleich. Der Honorarverteilungsvertrag genüge dem Gleichbehandlungsgebot des [Artikels 3 Abs. 1 GG](#). Bei der Ermittlung des Arzthonorares halte er sich an die im EBM festgelegten Relationen. Aus dem Grundsatz der "angemessenen Vergütung" lasse sich nichts anderes herleiten. Das Bundessozialgericht habe Maßnahmen zur Honorarbegrenzung (Kürzungen und Abstaffelungen) mit dem Ziel, eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes zu verhüten, ausdrücklich gebilligt. Auch Ziele wie Steuerung des Leistungsgeschehens habe das Gericht für förderungswürdig erachtet.

Hiergegen hat die Klägerin am 15.11.2007 die Klage zum Aktenzeichen [S 12 KA 467/07](#) die Klage erhoben. Die Kammer hat mit Beschluss vom 16.11.2007 die Verfahren bezüglich der Honorarbescheide für die Quartale III/05 bis IV/06 unter den Aktenzeichen S 12 KA 488 bis 493/07 abgetrennt. Mit Beschluss vom 24.09.2008 hat sie die Verfahren wieder zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung mit einander verbunden.

Zur Begründung ihrer Klage trägt die Klägerin ergänzend zum Vorbringen im Widerspruchsverfahren vor, in der Vorgabe, belegärztliche Leistungen außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten, komme es auf Sicherstellungsgründe nicht an. Ihre Fachgruppe unterliege zwar dem Regelleistungsvolumen, jedoch seien die unter 4. im Beschluss des Bewertungsausschusses aufgeführten Leistungen nicht dem Regelleistungsvolumen zuzuordnen. Es handle sich hierbei um aus dem Arztgruppentopf zu vergütende Leistungen und Leistungsarten, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterlägen. Die Kammer habe bereits in ihrer Entscheidung vom 26.09.2007 (S 12 KA 833/06) ausdrücklich festgestellt, dass die Beklagte nicht befugt sei, von den Vorgaben des Bewertungsausschusses abzuweichen. Das Bundessozialgericht habe festgestellt, dass der Bewertungsausschuss die Aufgabe habe, verbindliche Vorgaben für die Honorarverteilung zu erlassen (Urteil vom 28.01.2004 – [B 6 KA 25/03 R](#) –). Die Vergütung habe auch auf der Basis des Kalkulationspunktwertes von 5,11 Cent zu erfolgen. Die Quotierung eines vereinbarten Punktwertes von 4 Cent sei rechtswidrig. Die von der Beklagten angeführte sozialgerichtliche Rechtsprechung stamme aus der Zeit vor Änderung des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) durch das GMG zum 01.01.2004. Die Rechtslage habe sich dadurch grundlegend geändert. Für den Regelleistungsvolumenbereich seien ausschließlich feste Punktwerte vorzusehen und zu vergüten. Diese Punktwerte dürften nicht mehr quotiert werden. Lediglich die über das Regelleistungsvolumen hinausgehenden Leistungen könnten

mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werden. Das Bundessozialgericht ([B 6 KA 44/03 R](#)) habe festgestellt, dass die Beobachtungspflicht insbesondere für relevante Leistungsbereiche gelte. Auch die Bemessung des Regelleistungsvolumens halte sie weiterhin für rechtswidrig.

Die Klägerin beantragt,
unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale II/05 bis IV/06, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.10.2007, die Beklagte zu verurteilen, ihr sämtliche im Rahmen stationärer belegärztlicher Versorgung erbrachten Anästhesien sowie damit im Zusammenhang stehende Begleitleistungen zu einem festen Punktwert von 5,11 Cent außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten und alle Leistungen, die entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses dem Leistungsbereich 4.1 zuzuordnen sind, außerhalb des Regelleistungsvolumens mit einem festen Punktwert von 5,11 Cent zu vergüten, sowie sämtliche innerhalb des Regelleistungsvolumens abgerechneten ambulanten Leistungen in Höhe von 5,11 Cent, mindestens jedoch mit 4 Cent pro Punkt zu vergüten, sowie alle regelleistungsvolumenrelevanten Fälle zu 100 %, ohne jegliche anteilige Quotierung gemäß Ziffer 6.3 HVV zu vergüten, hilfsweise
sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt weiter vor, die von der Klägerin erbrachten auf belegärztliche Überweisung erbrachten Leistungen unterfielen dem Regelleistungsvolumen. Regelungen ab dem Quartal II/07 seien für die streitbefangenen Quartale ohne Bedeutung. Das Honorar der Klägerin liege über dem Durchschnitt ihrer Fachgruppe (im Quartal II/05: 34.870,66 EUR). Angesichts einer begrenzten Gesamtvergütung könne ein Punktwert von 5,11 Cent nicht geleistet werden, auch dürfe der Punktwert quotiert werden. Die Ziffer 7.5 HVV sei rechtmäßig.

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

Entscheidungsgründe:

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

Die zulässige Klage ist im Hilfsantrag begründet.

Die Honorarbescheide für die Quartale II/05 bis IV/06, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.10.2007, sind rechtswidrig und waren daher abzuändern. Die Beklagte ist verpflichtet, die Klägerin unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihren Honoraranspruch neu zu bescheiden. Im Übrigen war die Klage aber abzuweisen.

Die Honorarbescheide für die Quartale II/05 bis IV/06, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.10.2007, sind rechtswidrig.

Die Rechtswidrigkeit folgt für die Quartale II und III/06 bereits aus der Regelung nach Ziffer 7.5 der hier maßgeblichen Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, dem BKK Landesverband Hessen, der IKK Hessen, dem Verband der Angestellten Krankenkassen e. V. (VdAK) – Landesvertretung Hessen, dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V. – Landesvertretung Hessen, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, der Krankenkasse für den Gartenbau und der Knappschaft zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005 vom 10.11.2005, der für die hier streitbefangenen weiteren Quartale fortgeführt wurde (im Folgenden: HVV). Mit dieser Regelung verstößt der HVV gegen die zwingenden Vorgaben des Bewertungsausschusses jedenfalls insoweit, als sie die Festsetzung von Kürzungsbeträgen zulässt.

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

Im Einzelnen bestimmt Ziffer 7.5 HVV:

7.5.1 Zur Vermeidung von praxisbezogenen Honorarverwerfungen nach Einführung des EBM 2000plus erfolgt nach Feststellung der Punktwerte und Quoten gemäß Ziffer 7.2 ein Vergleich des für das aktuelle Abrechnungsquartal berechneten fallbezogenen Honoraranspruches (Fallwert in EUR) der einzelnen Praxis mit der fallbezogenen Honorarzählung 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 Honorarzuteilung auf der Grundlage eines geringeren Punktwerts erfolgt. Die Kammer hat diese Regelung, soweit sie im Einzelfall zu Ausgleichsbeträgen geführt hat, bisher nicht beanstandet, da sie in ihr letztlich eine Härtefallregelung sieht, die Veränderungen aufgrund des zum Quartal II/05 eingeführten EBM 2005 abfedern und insofern für eine Übergangszeit den Arztpraxen die Umstellung auf die neue Honorarstruktur ermöglichen soll. Insofern haben es die Praxen – und dies ist unabhängig von ihrem Leistungsvolumen insgesamt –, die keine Ausgleichsbeträge erhalten, hinzunehmen, dass sich der Verteilungspunktwert für sie ggf. verringert. Wie lange dieser Übergangszeitraum dauert, brauchte die Kammer in diesem Verfahren nicht abschließend zu beurteilen. Im Hinblick auf die verspätete Erstellung der Honorarbescheide für die ersten Quartale nach Einführung des EBM 2005 ist aber jedenfalls von einem Übergangszeitraum bis zum Quartal IV/06 auszugehen (vgl. bereits Urteil der Kammer vom 27.08.2008 – [S 12 KA 513/07](#) –).

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

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

Nach § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung v. 20.12.1988, [BGBl. I S. 2477](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 14.11.2003, [BGBl. I S. 2190](#) mit Gültigkeit ab 01.01.2005 (SGB V), verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73) ([§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an; für die Vergütung der im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am 31. Dezember 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab angewandt ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen ([§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)). Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten ([§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden ([§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen ([§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#)). Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergütet sind (Regelleistungsvolumina) ([§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#)). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird ([§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#)). Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung ([§ 85 Abs. 4 Satz 9 SGB V](#)). Die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 4a Satz 1 getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Vereinbarungen nach Satz 2 ([§ 85 Abs. 4](#)

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

Der Bewertungsausschuss ist seinen Regelungsverpflichtungen nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) u. a. durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) mit Wirkung zum 1. Januar 2005 (Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 46 vom 12.11.2004, Seite A-3129 = B-2649 = C-2525) (im Folgenden: BRLV) nachgekommen. Darin bestimmt er, dass Regelleistungsvolumen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) arztgruppenspezifische Grenzwerte sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum (Arzt-Abrechnungsnummer) im jeweiligen Kalendervierteljahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (ggf. jeweils) vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten sind. Für den Fall der Überschreitung der Regelleistungsvolumen ist vorzusehen, dass die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergüten ist (III.2.1 BRLV). Für die Arztpraxis oder das medizinische Versorgungszentrum, die bzw. das mit mindestens einer der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sind im Honorarverteilungsvertrag nachfolgende Regelleistungsvolumen zu vereinbaren, für die dieser Beschluss die Inhalte der Regelungen vorgibt (III.3.1 Abs. 1 BRLV). Die in 4. aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen unterliegen nicht den Regelleistungsvolumen (III.3.1 Abs. 4 BRLV).

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

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

Die Kammer hält insofern an ihrer bisherigen Rechtsauffassung fest. Bereits der Wortlaut der Bestimmungen des Bewertungsausschusses lässt nicht erkennen, dass es sich um bloße Empfehlungen an die Partner des Honorarverteilungsvertrages handeln sollte. Auch besteht der Gesetzauftrag 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 Gesamtvergütungen und insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung zu bestimmen. Ferner hat er nach [§ 87 Abs. 2a Satz 4 SGB V](#) die nach [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) abrechnungsfähigen Leistungen der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung i. S. d. [§ 73 Abs. 1 SGB V](#) zuzuordnen. Die mit dieser Normsetzungskompetenz des Bewertungsausschusses verbundenen Ziele können nur erreicht werden, wenn die 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 dem Kläger der Kürzungsbetrag in vollem Umfang zurückzuerstatten ist, weshalb der Hauptantrag insoweit als unbegründet abzuweisen war. Aus den genannten Gründen hält die Kammer die "positive" Ausgleichsregelung jedenfalls im hier maßgeblichen Zeitraum noch für zulässig. Die Beklagte hat daher einen neuen Punktwert zu errechnen auf der Grundlage, dass ihr insgesamt keine Kürzungsbeträge zur Verfügung stehen. Dieser neu errechnete Punktwert ist dann maßgebend, soweit er oberhalb des sog. Stützungspunktwerts liegt. Liegt er darunter, ist der Stützungspunkt看wert maßgebend. Die Beklagte wäre dann verpflichtet gewesen, die Ausgleichsbeträge entsprechend zu kürzen, da der Stützungspunkt看wert nicht unterschritten werden darf.

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

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

Die Festsetzung des Regelleistungsvolumens ist grundsätzlich rechtmäßig.

Nach Ziffer 6.3 HVV sind praxisindividuelle Regelleistungsvolumina zu bilden, da die Klägerin zu den entsprechenden Arztgruppen gehört.

Im Einzelnen bestimmt Ziffer 6.3 HVV:

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

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

alternativ

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

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

Die Zuschlagsregelung findet keine Anwendung bei Praxen mit angestellten Ärzten bzw. zugelassenen Ärzten, die einer Leistungsbeschränkung gemäß Bedarfsplanungsrichtlinien bzw. Angestellten-Ärzte-Richtlinien unterliegen. Für Ärzte bzw. Psychotherapeuten, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, richtet sich die Höhe der

Fallpunktzahl in den einzelnen Altersklassen nach dem Schwerpunkt der Praxistätigkeit bzw. dem Versorgungsauftrag mit dem der Arzt bzw. Psychotherapeut zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

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

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

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

Für die Bildung des Regelleistungsvolumens einer Praxis im Abrechnungsquartal gilt im Übrigen eine Fallzahlobergrenze in Höhe von 200% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal. Überschreitet eine Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal diese Fallzahlobergrenze, tritt diese anstelle der praxisindividuellen Fallzahl bei der Ermittlung des 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.

Wie bereits ausgeführt ist der Bewertungsausschuss seinen Regelungsverpflichtungen nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) u. a. durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nachgekommen, woran die Vertragsparteien des HVV gebunden sind.

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

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

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

Ein Ausnahmefall, der ein Abweichen vom festgesetzten Regelleistungsvolumen rechtfertigen würde, liegt nicht vor. Soweit die Klägerin auf ihre belegärztliche Tätigkeit hinweist, sind diese nicht innerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten, wie sogleich im Einzelnen ausgeführt wird. Von daher ist nichts ersichtlich, dass nach Beachtung dieses Umstands das Regelleistungsvolumen für die Klägerin unzureichend ist. Nach überschlägiger Berechnung der Kammer wird die Klägerin dann das Regelleistungsvolumen nicht oder jedenfalls weniger als 25 % überschreiten. Eine Überschreitung bis 25 % kann aber jedenfalls kein Indiz für ein unzureichendes Regelleistungsvolumen sein, da dieses auf der Grundlage des arztgruppenspezifischen Leistungsbedarfs im Zeitraum 2. Halbjahr 2003 bis 1. Halbjahr 2004 ermittelt und mit dem Faktor 0,8 malgenommen wird, also nur in Höhe von 80 % des früheren Leistungsbedarfs festgesetzt wird. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass bei gleichem Leistungsbedarf eine Überschreitung von 25 % zwangsläufig ist und somit nicht bereits als Indiz für ein

abweichendes Leistungsgeschehen im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt angesehen werden kann.

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

Nach Ziff. 6.3 HVV sind bei der Ermittlung der für die einzelnen Altersklassen gültigen relevanten Fallzahlen einer Praxis alle kurativ ambulanten Behandlungsfälle zugrunde zu legen, ausgenommen Behandlungsfälle, die gemäß Anlage 1 und 2 zu Ziffer 7.1 zur Honorierung kommen, Notfälle im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. Notdienst (Muster 19 A der Vordruckvereinbarung), Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen sowie Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels V. 40 abgerechnet werden. Anlage 1 und 2 zu Ziffer 7.1 HVV betreffen Vorwegleistungen als extrabudgetäre Leistungen. Es handelt sich nach Ziffer 7.1 a) HVM um Leistungen gemäß Anlagen 1 (Primärkassen) und 2 (Ersatzkassen), die aufgrund besonderer Regelungen und Vereinbarungen abweichend von den allgemeinen Bestimmungen, gesondert zu vergüten sind. In den Anlagen 1 und 2 werden nicht die Leistungen aufgeführt, die nach Abschnitt III.4.1 BRLV außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten sind.

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

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

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

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

Zu den Leistungen, die dem Leistungsbereich 4.1 zuzuordnen und außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten sind (III.4.1 BRLV), gehören auch die Leistungen, die die Klägerin im Rahmen der Behandlung von stationären Belegarztfällen erbracht hat. Nach Abschnitt III.4.1 BRLV unterliegen darüber hinaus Leistungen, die in stationären (belegärztlichen) Behandlungsfällen erbracht werden, nicht dem Regelleistungsvolumen. Der BRLV stellt damit nicht auf die stationären Fälle der Belegärzte ab, sondern auf die Leistungen überhaupt in solchen Fällen. Von daher handelt es sich auch nicht nur um die Behandlungsfälle der Belegärzte. Der Definition des Behandlungsfalles in § 21 BMV-Ä, auf die sich die Beklagtenvertreterin in der mündlichen Verhandlung bezogen hat, kann lediglich entnommen werden, dass der Behandlungsfall auf die Arztpraxis zu beziehen ist und es sich demnach bei einem stationären Behandlungsfall, der sowohl vom Belegarzt als auch der Anästhesistin behandelt wird, um zwei Behandlungsfälle handelt, nämlich zum Einen um einen Behandlungsfall des Belegarztes und zum Anderen um einen Behandlungsfall der Anästhesistin. Folgerungen für die Auslegung des Abschnitts III.4.1 BRLV vermochte die Kammer daraus nicht zu ziehen. Ebenso wenig können Folgerungen aus der Einbeziehung der Anästhesisten in die Regelung zum Regelleistungsvolumen gezogen werden. Soweit bei der Aufzählung einzelner Leistungen die Nrn. 31101 bis 31351 EBM 2005 – ambulante und belegärztliche Operationen – mit aufgeführt werden, betrifft dies Operationsleistungen verschiedener Fachgebiete und nicht anästhesistische Leistungen. Die Aufführung der auch "belegärztlichen Operationen", die insofern ein Teil der "stationären (belegärztlichen) Behandlungsfälle" sind, dürfte allein der Überschrift des Abschnitts 31.2 EBM 2005 (ambulante und belegärztliche Operationen) geschuldet sein. Auch hieraus vermochte die Kammer keine Folgerung für die von ihr getroffene Wortlautauslegung abzuleiten. Ferner sind der Kammer auch keine Gründe ersichtlich, weshalb zwischen den Leistungen des Belegarztes und denen der Anästhesisten bei Belegarztfällen bzgl. des Regelleistungsvolumens unterschieden werden sollte.

Im Übrigen war die Klage aber abzuweisen.

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

[§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) sieht zwar vor, dass insbesondere arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). Entsprechend sieht Ziffer 6.4 HVV zunächst vor, dass die nach Abzug der Vorwegvergütungen und zu festen Punktwerten vergüteten Leistungen dann noch verbleibenden Honorarforderungen der Praxis der Bewertung mit einem Punktwert von 4,0 Ct. bis zu dem nach Ziffer 6.3 HVV für das aktuelle Quartal festgestellten praxisindividuellen Regelleistungsvolumen unterliegen. Darüber hinausgehende Honorarforderungen sind mit einem Punktwert von mindestens 0,51 Ct. zu bewerten.

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

Für die hier maßgebliche fachärztliche Versorgungsebene sieht Ziffer 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.2 HVV vor, dass, reicht der zur Verfügung stehende Anteil am Verteilungsbetrag in einer Honorar(unter)gruppe zur Honorierung der angeforderten Leistungen nicht aus, eine Quotierung aller Honorarforderungen innerhalb des Regelleistungsvolumens und damit des Punktwertes von 4,0 Ct. zu erfolgen hat.

Soweit die so festgestellten Quoten um mehr als 15 % Punkte von der nach gleicher Vorgehensweise über alle Honorar(unter)gruppen der Honorargruppe B 2 gebildeten (mittleren) Quote abweichen, ist, soweit möglich, ein Ausgleich zwischen den Honorar(unter)gruppen B 2.1 bis B 2.32 mit dem Ziel der Erreichung einer maximalen Abweichung von 15 % Punkten von der mittleren Quote für alle Honorar(unter)gruppen B 2.1 bis B 2.32 durchzuführen.

Wenn auch einiges dafür spricht, dass die Vorstellung des Gesetzgebers von einer Begrenzung des Leistungsgeschehens durch Regelleistungsvolumina bei gleichzeitig garantiertem Punktwert mit einhergehender Kalkulationssicherheit ausging, so besteht jedenfalls keine rechtliche Garantie für eine bestimmte Höhe des Punktwerts. Die Vereinbarung eines festen Punktwerts von 4 Cent im HVV, der nach Kenntnis der Kammer so gut wie in keiner Honorar(unter)gruppe im Ergebnis zur Festsetzung kam, ist einer offensichtlich Fehlkalkulation der Vertragsparteien des HVV geschuldet. Es kann hier dahinstehen, ob und welche berufspolitischen Überlegungen hinter einer solchen Vereinbarung standen, ob dadurch ein günstiger Vertragsabschluss signalisiert werden sollte. Insofern erleichtert die dargestellte Regelungssystematik des HVV nicht die Erkenntnis, dass der im Gegensatz zur Koloskopieleistung nach Nr. 13421 EBM 2005 vorgegebene feste Punktwert von 4 Cent für Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens nicht unter dem "Vorbehalt einer gegebenenfalls erforderlichen Quotierung" steht, sondern dieser Vorbehalt sich erst aus den Anlagen zum HVV ergibt. Jedenfalls hätte bei realistischerer Kalkulation bei einer begrenzten Gesamtvergütung nur ein tieferer Punktwert vereinbart werden können, der im Hinblick auf Sicherheitstoleranzen u. U. unterhalb des jetzt im Ergebnis festgesetzten quotierten Punktwerts gelegen hätte. Damit würde gerade der Honoraranspruch der Praxen, deren Abrechnung sich im Wesentlichen innerhalb des Regelleistungsvolumens bewegt, eher vermindert werden. Die Vorgabe des Regelleistungsvolumens geht aber davon aus, dass damit grundsätzlich das Leistungsgeschehen adäquat erfasst wird und ein auskömmliches Praxisergebnis erzielt werden kann. Die Quotierung innerhalb des Regelleistungsvolumens führt im Ergebnis dazu, dass im Regelfall ein höherer Punktwert innerhalb des Regelleistungsvolumens erreicht wird, ohne dass es zu Stützungsmaßnahmen aus den anderen Honorar(unter)gruppen kommt. Insofern ist den Vertragsparteien des Honorarverteilungsvertrages ein Regelungsspielraum einzuräumen.

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

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

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

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

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

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.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-10