

S 12 KA 169/08

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 169/08

Datum

17.06.2009

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 82/10 WA

Datum

13.01.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Eine KV ist nicht berechtigt, eine Forderung gegenüber einem Vertragsarzt, der seine Zulassung in ein Medizinisches Versorgungszentrum einbringt und dort als angestellter Arzt tätig ist, mit dem Honoraranspruch des Medizinischen Versorgungszentrums aufzurechnen.

Ein Honorarverteilungsvertrag kann für belegärztliche Leistungen reduzierte Vergütungssätze unabhängig davon vorsehen, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.

1. Unter Abänderung des Honorarbescheids für das Quartal II/05, abgeändert durch Bescheid vom 27.02.2007, und für das Quartal III/05, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.04.2008, wird die Beklagte verurteilt, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 12.100,00 Euro auszusahlen.

3. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

4. Der Kläger hat 9/10, die Beklagte 1/10 der Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat 1/10 der notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars in den Quartalen II und III/05 sowie um die Auszahlung von 12.100,00 Euro.

Der Kläger ist ein medizinisches Versorgungszentrum. Im Quartal II/05 bestand er aus drei fachärztlich tätigen Internisten sowie neun Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie, einer Radiologin mit Vorhaltung von CT und MRT sowie eine Ärztin für Allgemeinmedizin. Im Quartal III/05 war einer von den drei fachärztlich tätigen Internisten nicht mehr tätig.

In den beiden streitbefangenen Quartalen setzte die Beklagte das Honorar jeweils durch Honorarbescheid fest. Den Honorarbescheid für das Quartal II/05 korrigierte sie aus abrechnungstechnischen Gründen und ersetzte ihn durch einen neuen Honorarbescheid. Gegen beide Honorarbescheide legte der Kläger jeweils Widerspruch ein. Die Festsetzung im Einzelnen und die Daten der Widerspruchseinlegung ergeben sich aus nachfolgender Übersicht:

II/05 III/05

Honorarbescheid vom 29.06.2006 22.01.2006 12.08.2006

Widerspruch eingelegt am 06.03.2006 30.10.2006

Nettohonorar gesamt in EUR 1.496.710,08 1.443.559,59 1.325.177,90

Bruttohonorar PK + EK in EUR 1.502.813,93 1.333.755,12

Fallzahl PK + EK 7.857 8.379

Angefordertes Honorar Basis EBM 2005 in EUR 1.943.974,47 1.685.054,41

Anerkannte Honorarforderung nach Anw. HVV in EUR 1.943.974,47 1.685.054,41

Oberer Punktwert RLV Allg. Leist. in Ct. EK/PK 3,661/3,688 3,676/3,693

Fallzahlabhängige Quotierung Ziff. 5.2.1 HVV

Fallzahlgrenze 10.219 9.540

Aktuelle Fallzahl 7.113 7.227

Quote - -

Regelleistungsvolumen Ziff. 6.3 HVV

Fallwert 2.097,9 2.090,0

Fallzahl 7.333 7.503

Praxisbezogenes RLV in Punkten 15.383.900,7 15.681.076,0

Abgerechnetes Honorarvolumen in Punkten 16.794.877,0 15.362.165,0

Überschreitung in Punkten 1.410.976,3 0,0

Überschreitung in %- 9,2 -

Ausgleichsregelung Ziff. 7.5 HVV

Referenz-Fallzahl 8.767 9.363

Referenz-Fallwert EUR 109,6945 107,7332

Aktueller Fallwert EUR 117,9809 107,8023

Korrekturbetrag je Fall EUR 2,8031 -

Korrekturbetrag gesamt in EUR 22.024,18 -

-Berechnung der Kammer

Mit Bescheid von 27.02.2007 hob die Beklagte die Festsetzung des Korrekturbetrages für das Quartal II/05 vollständig auf, da sich eine Neuberechnung des Honorars für das Quartal II/04 ergeben habe. Nach Abzug der Verwaltungskosten ergab sich eine Gutschrift in Höhe von 21.370,72 EUR.

Zur Begründung ihrer Widersprüche trug der Kläger vor, sowohl die Vergütungsstruktur des neuen EBM 2005 als auch die Punktebewertung der einzelnen Leistungen seien nicht nachvollziehbar. Der Honorarverteilungsvertrag sei erst mit Datum vom 23.11.2005 von den Vertragsparteien unterschrieben worden und erst Ende Dezember 2005/Anfang Januar 2006 veröffentlicht worden. Dies sei nach Abgabe der Abrechnung geschehen. Steuerungsvorschriften seien vor Beginn des Abrechnungszeitraums mitzuteilen und zu veröffentlichen. Vereinbarung sei ein Punktwert von 4 Cent. Dies widerspreche dem Sinn und Zweck des EMB 2005, da die betriebswirtschaftliche Kalkulation zur Kostendeckung und Erwirtschaftung eines angemessenen Arztlohns auf einer Punktebewertung von 5,11 Cent vorgenommen worden sei. Die Bemessung des Regelleistungsvolumens sei unzureichend. Es werde nicht berücksichtigt, dass anhand der insgesamt vier unterschiedlichen Fachgruppen bzw. Schwerpunkte eine erhebliche Anzahl von Patientenüberschneidungen stattfinde, so dass lediglich ein einheitliches Regelleistungsvolumen für die Gesamtzahl aller Leistungen als viel zu gering bemessen anzusehen sei. Die tatsächliche Überschreitung des Regelleistungsvolumens im Quartal II/05 sei viel höher, weil berücksichtigt werden müsse, dass aufgrund einer umfassend sachlich-rechnerischen Richtigstellung das abgerechnete Honorarvolumen sehr viel höher sei. Über den Widerspruch gegen die Berichtigung sei bislang noch nicht entschieden worden, sodass die Überschreitung nicht genau beziffert werden könne. Es sei jedoch von einer Überschreitung von mindestens 1.410.976,3 Punkten auszugehen. Eine Ausweitung der Leistungsmenge sei nicht festzustellen. Der Vergleichsfallwert im Quartal II/05 liege unter dem Referenzfallwert, der aufgrund einer manuellen Neuberechnung mit 119,00 EUR berechnet worden sei. Das gemittelte Regelleistungsvolumen passe nicht auf die besondere Konstellation des MVZ. Allein die üblicherweise durchzuführende Mindestdiagnostik zu der der Ordinationskomplex bzw. der kardiologisch-diagnostische Komplex bzw. der fachinternistische Basiskomplex, der Konsultationskomplex sowie die Beratung und Erörterung gehörten und der individuelle Arztbrief sowie die weiter durchzuführende Diagnostik und Therapie belegten, dass hierdurch schon das Regelleistungsvolumen überschritten sei. Die belegärztlichen Leistungen würden ebenfalls nur mit einem Punktwert von 4 Cent vergütet werden. Der Honorarbescheid für das Quartal II/05 habe erst über ein Jahr nach Abschluss des Quartals, nämlich im August 2006, vorgelegen. Aus diesem Grund genüge er nicht den Anforderungen an die Bestimmtheit. Der Kontoauszug sei nicht nachvollziehbar. Sämtliche Leistungen müssten mit einem Punktwert von 5,11 Cent vergütet werden. Die Sachkosten könnten nicht mit Verwaltungskostenanteilen und EHV-Anteilen belastet werden. Dies bedeute einen erheblichen finanziellen Verlust, da die tatsächlich verauslagten Kosten für Sachmaterialien nur in einem Umfang von ca. 91 % bis maximal 97 % rückvergütet würden. Dies sei rechtswidrig. Die weitere Quotierung der Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens verstoße gegen die gesetzliche Vorgabe in [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) und sei damit rechtswidrig.

Die Beklagte verband beide Widersprüche und wies mit Widerspruchsbescheid vom 09.04.2008 die Widersprüche als unbegründet zurück.

Zur Begründung führte sie aus, die Honorarbescheide seien formell rechtmäßig. Die angefochtenen Bescheide seien ausreichend begründet und genügen den Anforderungen des [§ 35 Abs. 1 SGB X](#). Die Honorarbescheide seien auch materiell rechtmäßig. Sie seien sachlich und rechnerisch richtig auf der Grundlage wirksamer Regelungen in Form der geltenden Gebührenordnungs- und Honorarverteilungsbestimmungen erstellt worden. Sie verstießen nicht gegen den Grundsatz der Bestimmtheit, da sie jeweils eindeutig die Höhe des Brutto- und Nettohonorars bestimmten und mithin den Anforderungen des [§ 33 Abs. 1 SGB X](#) genügten. Sie habe im Honorarverteilungsvertrag die Vorgaben bezüglich der Regelleistungsvolumina umgesetzt. Der Honorarverteilungsvertrag sei rechtmäßig. Bei der späteren Inkraftsetzung handle es sich lediglich um eine unechte Rückwirkung. Ein abgewickelter Zeitraum habe nicht vorgelegen. Die Honorarabrechnungen für das Quartal II/05 sei noch nicht erfolgt gewesen. Bereits mit dem info.doc Nr. 2/2005, herausgegeben im März 2005, seien den Ärzten die grundsätzlichen Punkte zur Honorarverteilung ab dem Quartal II/05 bekannt gegeben worden. Die ab dem Quartal II/05 geltenden Honorarbegrenzungsmaßnahmen seien zum Zeitpunkt der Veröffentlichung längst bekannt gewesen. Ein schutzwürdiges Vertrauen auf den Fortbestand der bisherigen Regelungen habe nicht entstehen können. Die unechte Rückwirkung sei rechtmäßig. Sie habe den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 korrekt umgesetzt. Der Bewertungsausschuss habe darin auch beschlossen, dass ein Punktwert von 5,11 Cent nicht mehr zum Ansatz komme. Sie könne auch nur die vereinbarte Gesamtvergütung verteilen. Gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 des Honorarverteilungsvertrages seien für die Praxis im Quartal II/05 folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen zur Ermittlung des Regelleistungsvolumens festgelegt:

RLV-Fallpunktzahl

Primärkassen Ersatzkassen

Altersgruppe der Patienten im Jahre: 0-5 6-59 -) 60 0-5 6-59 -) 60

Fallpunktzahl Ärzte für Allgemeinmedizin (1x) 520 576 1.059 424 475 821

Fallpunktzahl fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt (3x) 714 963 1.304 921 1.058 1.200
Fallpunktzahl Internisten m. SP Kardiologie mit invasiver Tätigkeit (9x) 2.432 2.388 2.443 2.048 1.530 2.400
Fallpunktzahl Fachärzte für Diagn. Radiologie mit CT u. MRT (1x) 598 1.503 2.712 923 1.520 2.970
arithmet. Mittelwert 1.791 1.890 2.119 1.610 1.353 870
Fallpunktzahl inkl. GP-Zuschlag (130 Pkt.) 1.921 2.020 2.249 1.740 1.483 2.201

Bei der Festlegung der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen habe sie jeweils die speziellen Diagnostikverfahren berücksichtigt. Den Widerspruch gegen die Berichtigung im Quartal II/05 habe der Widerspruchsausschuss zurückgewiesen. Im Quartal III/05 habe sie die arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen wie folgt festgelegt:

RLV-Fallpunktzahl
Primärkassen Ersatzkassen
Altersgruppe der Patienten im Jahre: 0-5 6-59 -) 60 0-5 6-59 -) 60
Fallpunktzahl Ärzte für Allgemeinmedizin (1x) 520 576 1.059 424 475 821
Fallpunktzahl fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt (2x) 714 963 1.304 921 1.058 1.200
Fallpunktzahl Internisten m. SP Kardiologie mit invasiver Tätigkeit (9x) 2.423 2.388 2.443 2.048 1.530 2.400
Fallpunktzahl Fachärzte für Diagn. Radiologie mit CT u. MRT (1x) 683 1.983 1.349 505 1.254 1.992
arithmet. Mittelwert 1.880 1.998 2.077 1.631 1.355 2.063
Fallpunktzahl inkl. GP-Zuschlag (130 Pkt.) 2.010 2.128 2.207 1.761 1.485 2.193

Die Berichtigung für das Quartal III/05 habe der Widerspruchsausschuss ebenfalls zurückgewiesen. Im Quartal III/05 bestehe keine Beschwerde hinsichtlich des Regelleistungsvolumens. Die Bewertung der im Quartal II/05 überschreitenden Honorarforderung erfolge zu einem unteren Punktwert. Eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen komme nicht in Betracht. Für die Beurteilung des Aspekts der Sicherstellung sei dabei maßgeblich, ob im Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden, die die vertragsärztliche Versorgung in diesem Bereich sicherstellten. Ein Sicherstellungsproblem im Hinblick auf die vertragsärztliche Versorgung mit hausärztlichen, internistischen bzw. kardiologischen und radiologischen Leistungen sei für das Gebiet in und um A-Stadt nicht festzustellen. Die Honorarkürzung aufgrund der Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV habe sie aufgehoben. Eine EHV-Quotierung sei bei den (extrabudgetären) Sachkosten Ersatzkassen in den Quartalen II und III/05 gar nicht erfolgt. Insoweit verweise sie auf Seite 2 der Arztrechnung (Ersatzkassen). In der Spalte "extrabudgetäre Kosten" sei die Quote gemäß HVV mit 100 % angegeben. Eine EHV-Quotierung habe nicht stattgefunden, so dass diese Rüge ins Leere gehe. Richtigerweise seien die Sachkosten der Ersatzkassen mit dem Verwaltungskostenanteil belastet. § 3 Abs. 7 der Satzung mit Stand vom 01.01.2005 stelle die Grundlage für die Erhebung von Verwaltungskosten dar. Sie sei nicht verpflichtet, die auf die Erstattung von gesondert ausgewiesenen Sachkosten entfallenen Honoraranteile bei der Berechnung der Beiträge auszuklammern, denn die Vergütung "für ärztliche Tätigkeit" umfasse eben auch die Vergütung für Sachkosten (vgl. z. B. LSG Bayern, Urteil vom 09.08.2006 - [L 12 KA 320/04](#)). Auch wenn der Arzt finanziell keinen Nutzen (Gewinn) durch die Beschaffung und Vorhaltung der Sachmaterialien, sondern eventuell Kosten und Mehrarbeit habe, bedeute dies nicht, dass die dafür erstatteten Sachkosten von der Beitragsbelastung ausgenommen bleiben müssten. Dies sei gerechtfertigt, da die Verwaltungskostenanteile auch zur Durchführung der Aufgaben der KV Hessen dienten. So habe sie die rechnerische Prüfung der eingereichten Sachkostenabrechnungen durchzuführen. Weiterer Aufwand entstehe durch die Notwendigkeit der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen, da die Sachkosten im Sinne von Anlage 7 zum Gesamtvertrag/Ersatzkassen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung gezahlt würden. Dass der Vorstand der KV Hessen ab dem Quartal II/07 die Entscheidung getroffen habe, Verwaltungskosten auf Sachkosten Ersatzkassen nicht mehr zu erheben, könne zu keiner anderen Beurteilung führen, da die Entscheidung auf den verfahrensgegenständlichen Zeitraum nicht zurückwirke.

Hiergegen hat der Kläger am 09.05.2008 die Klage erhoben. Mit seiner Klage wendet er sich weiterhin dagegen, dass nicht ein Punktwert von 5,11 Cent vergütet wurde und dass der feste Punktwert von 4 Cent zudem quotiert wurde. Die Rechtslage habe sich grundlegend geändert, so dass die von der Beklagten zitierte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht mehr einschlägig sei. Es bestehe eine zwingende gesetzliche Vorgabe, dass die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens mit einem festen Punktwert zu vergüten seien. Die Beklagte habe auch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses hinsichtlich der Zuordnung von bestimmten Leistungen zum Bereich 4.1 nicht umgesetzt. So seien zum Beispiel die Leistungen wie Besuche, dringende Besuche, praxisklinische Betreuung, Briefe und Gutachten sowie weitere im entsprechenden Beschluss genannten Leistungen im Bereich der Beklagten ausschließlich innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet worden. Es handle sich um Leistungen, die aus dem Arztgruppentopf zu vergüten seien und dem Regelleistungsvolumen nicht unterlägen. Das Regelleistungsvolumen sei zu knapp bemessen. Die belegärztlichen Leistungen seien - hier vor allem im Hinblick auf die technischen Leistungen - mit einem zum Teil 50-60%igen Abschlag versehen worden. Es werde nicht danach unterschieden, ob die technischen Leistungen mit eigenen Geräten oder denen des Krankenhauses durchgeführt würden. Der Hintergrund des Abschlags sei die Vorstellung, dass der Belegarzt bei seiner Leistungserbringung Krankenhausgeräte benutze. Das sei bei ihm nicht der Fall. Es müssten alle technischen Leistungen mit eigenen Geräten durchgeführt werden. Die mit einem prozentualen Abschlag vorgesehene Vergütung sei nicht einmal kostendeckend. Bei den Sachkosten handle es sich nicht um Pauschalerstattungen, sondern um Erstattungen der tatsächlich verauslagten Sachkosten für Ersatzkassenversicherte. Gemäß § 44 Abs. 5 Bundesbankvertrag- Ärzte bzw. § 13 Abs. 5 Ersatzkassenvertrag seien Kosten für Materialien, die gemäß Kapitel 7.3 Allgemeine Bestimmungen des EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten seien und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden könnten, gesondert abrechenbar. Die Beklagte habe die Aufgabe als Abrechnungsstelle von den Ersatzkassen vertraglich freiwillig übernommen. Damit habe sie sich verpflichtet, mit Wirkung, ab dem 01.01.2004 diese Aufgabe von den Ersatzkassen zu übernehmen. In Bereich der Primärkassen würden diese Sachkosten nach wie vor direkt mit den Kassen abgerechnet werden. Für die Übertragung dieser Aufgabe von den Ersatzkassen auf die Beklagte sei keine Entschädigung für den damit verbundenen Verwaltungsaufwand ausgehandelt worden. Die Beklagte könne den Verwaltungsaufwand nicht auf die Ärzte abwälzen. Andernfalls müsse er einen Teil der Sachkosten für die Versicherten der Ersatzkassen selbst tragen. Sein Honorarkonto sei auch mit einer Rückforderung des ab Mai 2005 angestellten Arztes Dr. D aus dessen Zeit als Vertragsarzt in eigener Praxis belastet worden. Dies sei unzulässig. Die Belastung in Höhe von 12.100,00 EUR sei nachzuvergüten.

Der Kläger beantragt,
unter Abänderung des Honorarbescheids für das Quartal II/05, abgeändert durch Bescheid vom 27.02.2007 und für das Quartal III/05, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.04.2008, die Beklagte zu verurteilen,
alle Leistungen die innerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten sind, mit einem festen Punktwert von mindestens 4 Cent pro Punkt

zu vergüten,

sowie alle Leistungen, die gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses dem Leistungsbereich 4.1 HVV zuzuordnen sind, außerhalb des Regelleistungsvolumens mit einem festen Punktwert nicht unter 4 Cent pro Punkt zu vergüten,
sowie das Regelleistungsvolumen unter Berücksichtigung der vorhandenen Fachgruppen entsprechend zu erhöhen,
sowie alle belegärztlichen Leistungen ohne prozentuale Abschläge laut EBM bzw. Gesamtvertrag in Höhe von mind. 4 Cent zu vergüten,
sowie die Verwaltungskostenanteile für die Sachkosten bei Ersatzkassen zurückzuerstatten,
sowie die zu Unrecht erfolgte Belastung in Höhe von 12.100,00 Euro im Quartal II/05 (Rückforderung Aprilrate Dr. D) nachzuvergüten,
hilfsweise
die Honorarbescheide für die Quartale II/05 und III/05 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf Ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchbescheid und trägt ergänzend vor, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R](#) -) dürfe ein Honorarverteilungsmaßstab vorsehen, dass der größte Teil des Gesamtvergütungsvolumens für eine Honorierung zu vollen Punktwerten verwendet werde und für die restlichen Leistungen lediglich geringere Punktwerte verblieben. Durch sie werde gewährleistet, dass sich die Honorarverteilung einem eventuell geringeren Gesamtvergütungsvolumen anpasse. Der Umfang der Honorierung des Vertragsarztes müsse flexibel gehalten werden, um das für eine Verteilung zur Verfügung stehende Gesamtvergütungsvolumen nicht zu überschreiten. Bei dem Wert von 5,11 Cent handle es sich um einen bloß kalkulatorischen Wert, den sie wegen der geringeren Gesamtvergütung nicht habe auszahlen können. Sie sei auch befugt gewesen, den Punktwert für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens zu quotieren. Dem Regelleistungsvolumen komme eine Begrenzungsfunktion zu. Die Möglichkeit einer Abweichung von den honorarvertraglichen Regelungen sei auf Sicherstellungsgründe beschränkt. Solche lägen nicht vor. Die Erhebung von Verwaltungskosten betreffend die auf Sachkosten entfallenen Honoraranteile sei rechtmäßig. Sie verweise auf die Urteile des LSG Bayern vom 09.08.2006 - [L 12 KA 320/04](#) - und des Bundessozialgerichts vom 28.11.2007 - [B 6 KA 1/07 R](#) -. Die stationären belegärztlichen Leistungen würden gem. Ziffer 6.4 HVV vorab zu einem Punktwert von 4,0 Cent vergütet werden. Die in § 3 Ziffer 3.1.3 d), e), F9 HVV i.V.m. § 3 Ziffer 3.1.4 HVV vorgesehenen reduzierten Vergütungssätze zur Abrechnung stationärer belegärztlicher Leistungen seien rechtmäßig. Zu den in § 121 Abs. 3 SGBV vorgesehenen Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit gehöre auch die besondere Versorgungsstruktur dieser Leistungen, die dadurch gekennzeichnet sei, dass der nicht für persönliche Leistungen des Belegarztes entfallende Kostenaufwand (neben den Geräten auch Materialien, Räumlichkeiten und nichtärztliches Personal) bereits mit dem von der Krankenkasse ans Krankenhaus entrichteten Entgelt abgegolten sei. Diese Kosten seien im Wesentlichen bereits in die Punktzahlen des EBM eingeflossen. Die Rückführung der bzgl. Dr. D geleisteten Rate sei nicht streitgegenständlich. Der Beschluss des Bewertungsausschusses on Abschnitt III.4.1 sei nicht bindend, im Übrigen sei er rechtswidrig.

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 Psychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG).

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

Die Klage ist auch begründet. Der angefochtene Honorarbescheid für das Quartal II/05, abgeändert durch Bescheid vom 02.04.2007, und der Honorarbescheid für das Quartal III/05, beide in Gestalt des Widerspruchsbeseides vom 23.05.2007 sind rechtswidrig und waren daher abzuändern. Die Beklagte war zu verpflichten, die Klägerin über ihre Honoraransprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Klage ist zulässig, auch soweit Leistungsklage auf Zahlung von 12.100,00 EUR erhoben wurde.

Bei der Arztrechnung handelt es sich um keinen Verwaltungsakt. Es handelt sich um eine mit einem Kontokorrent vergleichbare Aufstellung. In ihr werden die Forderungen der Beklagten und des Vertragsarztes gegenübergestellt und saldiert. Soweit die Beklagte in den "Kontoauszug" für das Quartal II/05 unter der Belegnr. 2205 "Dr. D Aprilrate" den Betrag in Höhe von 12.100,00 EUR eingestellt hat, handelt es sich nicht um einen Verwaltungsakt. Im Übrigen wäre ein solcher von der Widerspruchseinlegung gegen den Honorarbescheid mit erfasst worden.

Der Kläger hat ein Rechtsschutzbedürfnis für die Leistungsklage.

Der Kläger hat zunächst aufgrund der Honorarfestsetzung einen Anspruch auf Auszahlung des festgesetzten Bruttobetrags bzw. Nettobetrags. Dieser Auszahlungsanspruch ist unabhängig davon, ob seitens des Klägers Widerspruch eingelegt wird. Weder kommt dem Widerspruch aufschiebende Wirkung zu ([§ 85 Abs. 4 Satz 9 SGB V](#)), noch kann ein Widerspruch dahingehend verstanden werden, dass eine bereits erfolgte Honorarfestsetzung angegriffen wird. Sie wird nur insoweit angegriffen, als mit der Honorarfestsetzung ein darüber hinausgehender Honoraranspruch abgelehnt wird. Soweit eine Anrechnung bereits geleisteter Zahlungen oder eine Aufrechnung mit weiteren Forderungen besteht, muss ein Vertragsarzt die Möglichkeit haben, deren Richtigkeit gerichtlich überprüfen zu lassen. Ansonsten könnte die Beklagte Zahlungen ohne Rechtskontrolle willkürlich verweigern und wäre an ihren eigenen Verwaltungsakt "Honorarbescheid" nicht gebunden. Von daher ist ein Rechtsschutzbedürfnis gegeben.

Die Klage ist aber nur bzgl. der Leistungsklage und zu einem geringen Teil bzgl. der Anfechtungs- und Verpflichtungsklage begründet. Soweit der Honorarbescheid für das Quartal II/05, abgeändert durch Bescheid vom 27.02.2007, und für das Quartal III/05, beide in der Gestalt des Widerspruchsbeseides vom 09.04.2008, rechtswidrig waren, waren sie 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 Leistungsklage ist begründet. Der Kläger hat einen Anspruch auf Zahlung von 12.100,00 EUR.

Die Forderung des Klägers in Höhe von 12.100,00 EUR ist Teil der Restzahlung für das Quartal II/05. Sie ist nicht durch Aufrechnung im Kontoauszug erloschen.

Die Klägerin hatte zunächst aufgrund der Honorarfestsetzung für das Quartal II/05 durch den Honorarbescheid das Honorar des Klägers festgesetzt. Soweit sie das Honorarkonto des Klägers mit der Forderung in Höhe von 12.100,00 EUR belastet hat, hat sie dem Kläger diesen Teil des mit dem Honorarbescheid fälligen Honorars vorenthalten.

Der Honoraranspruch des Klägers ist nicht in Höhe des strittigen Betrages von 12.100,00 EUR erloschen. Die Beklagte war zur Aufrechnung mangels Gegenseitigkeit nicht berechtigt.

Eine Aufrechnung nach den §§ 51, 52 SGB I scheidet aus, da diese Vorschriften auf Honorarzahlen an Vertragsärzte auf der Grundlage von § 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V schon deshalb nicht anwendbar sind, weil solche Zahlungen keine Sozialleistungen darstellen, die dem Vertragsarzt zur Verwirklichung seiner sozialen Rechte zukommen sollen (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.2007 - B 6 KA 6/06 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 31 = BSGE 98, 89 = ZMGR 2007, 92 = MedR 2007, 669 = USK 2007-18, juris Rdnr. 16). Entsprechend anwendbar sind aber allgemein für die öffentlich-rechtlichen Schuldverhältnisse des Vertragsarztrechts im Wege der Lückenfüllung die Vorschriften des Allgemeinen Schuldrechts über die Aufrechnung in §§ 387 ff. BGB (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.2007 - B 6 KA 6/06 R - aaO., juris Rdnr. 18). Deren Voraussetzungen sind nicht erfüllt, da es sich bei der hier allein noch strittigen Umbuchung in Höhe von 12.100 EUR nicht um eine fällige Gegenforderung der Beklagten gegenüber der Honorarforderung des Klägers handelt, so dass die erforderliche Gegenseitigkeit nicht gegeben ist.

Die Forderung der Beklagten beruht auf dem Umstand, dass Dr. D zum 31.03.2005 seine Vertragsarztzulassung aufgegeben hat und dennoch eine weitere Abschlagszahlung für den Monat April 2005 erhalten hat. Damit besteht ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch der Beklagten gegenüber Dr. D, den diese mit den bis dahin ggf. noch bestehenden Restzahlungen für die bis dahin noch nicht abgerechneten Quartale aufrechnen konnte. Warum die Beklagte sich insoweit nicht an ihren Schuldner Dr. D gehalten hat, konnte auch ihre Vertreterin in der mündlichen Verhandlung nicht erklären.

Ein wie auch immer gearteter Schuldnerwechsel ist mit der Anstellung des Dr. D durch die Beklagte nicht erfolgt. Ein vertraglicher Schuldnerwechsel (§§ 414 ff. BGB) scheidet mangels vertraglicher Übernahme durch den Kläger aus. Ein gesetzlicher Schuldnerwechsel kann durch die Anstellung eines Vertragsarztes nicht erfolgen, auch wenn dieser seinen Vertragsarztsitz in das MVZ nach § 103 Abs. 4a Satz 1 SGB V einbringt. Hierdurch tritt keine Gesamtrechtsnachfolge ein, sondern der Vertragsarzt ermöglicht mit seinem Verzicht auf seinen vertragsärztlichen Zulassungsstatus lediglich seine Anstellung.

Eine Kassenärztliche Vereinigung ist nicht befugt, Honoraransprüche einer neu gegründeten Gemeinschaftspraxis mit Forderungen zu verrechnen, die ihr gegen einen der Praxispartner aus dessen vorangegangener Tätigkeit als Einzelvertragsarzt zustehen (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.2007 - B 6 KA 6/06 R - aaO.). Erst recht gilt dies für die Anstellung eines Arztes durch ein bestehendes MVZ, hier in der Rechtsform einer BGB-Gesellschaft. Die Beklagtenvertreterin war auch in der mündlichen Verhandlung trotz entsprechender Hinweise des Gerichts nicht in der Lage, für den strittigen Honorareinbehalt eine Rechtsgrundlage anzugeben.

Soweit die Beklagtenvertreterin in der mündlichen Verhandlung von einer Aufrechnung ausging und eine Klärung für erforderlich hielt, Ob Gegenseitigkeit der Forderungen gegeben sei, konnte von ihr nicht dargelegt werden, worauf diese Gegenseitigkeit beruhen sollte. Soweit die Beklagtenvertreterin weiter erklärte, die Gegenseitigkeit liege darin, dass Dr. D, mit Verbindlichkeiten belastet, in das MVZ eintrete, so konnte nicht ansatzweise dargelegt werden, weshalb dann der Kläger für diese Verbindlichkeit aufzukommen habe. Die Kammer hält diese Verhaltensweise der Beklagten für offensichtlich grob rechtswidrig. Von daher war die Beklagte nunmehr durch Urteil zur Zahlung zu verpflichten.

Der Honorarbescheid für das Quartal II/05, abgeändert durch Bescheid vom 27.02.2007, und für das Quartal III/05, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.04.2008, sind insoweit rechtswidrig, als Leistungen entgegen den Vorgaben des Bewertungsausschusses innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden. Insofern ist auch die Berechnung des Regelleistungsvolumens fehlerhaft. Im Übrigen sind sie aber rechtmäßig.

Nach der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Verbänden der Krankenkassen zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005, bekannt gemacht als Anlage 2 zum Landesrundsreiben/Bekanntmachung vom 10.11.2005 (HVV), die insoweit bis zum Quartal I/07 fortgeführt wurde, sind nach Ziffer 6.3 praxisindividuelle Regelleistungsvolumen 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 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, Ur. 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 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 Fachgruppen genannt, die auch bei dem Kläger vertreten sind. Entsprechend hat der HVV auch die Honorar(unter)gruppen gebildet und für diese Ärzte 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.

Ausgehend von den Vorgaben im HVV hat die Beklagte das Regelleistungsvolumen und insbesondere die arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen zutreffend berechnet. Im Ergebnis ergeben sich die Werte, von denen auch die Beklagte ausgegangen ist und die sie im angefochtenen Widerspruchsbescheid nochmals dargestellt hat. Soweit die HVV-Vertragsparteien bei der Festsetzung der Fallpunktzahlen abweichend von der Anlage 2 BRLV den Referenzzeitraum auf das 1. Halbjahr 2004 beschränkt haben – nach der Anlage 2 ist der arztgruppenspezifische Leistungsbedarf in Punkten im Zeitraum vom 2. Halbjahr 2003 bis zum 1. Halbjahr 2004 zu ermitteln –, sieht die Kammer dies unter Zurückstellung erheblicher Bedenken für gerade noch vom Gestaltungsspielraum der HVV-Vertragsparteien als gedeckt an. Insofern kann eine Ermächtigung hierfür in Abschnitt III.3.1 Abs. 3 BRLV gesehen werden, wonach die HVV-Vertragsparteien zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung Anpassungen der Regelleistungsvolumen vornehmen können. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 112. Sitzung hat zudem mit Wirkung zum 01.04.2006, in einer angefügten Fußnote 2 klargestellt, dass die Formel zur Ermittlung der KV-bezogenen, arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl im Einvernehmen der Partner der Honorarverteilungsverträge modifiziert werden und ein abweichendes Verfahren zur Festlegung des arztgruppenspezifischen Leistungsbedarfs vereinbart werden kann. (vgl. Urteil der Kammer v. 22.10.2008 - [S 12 KA 476/07](#) -).

Diese Regelungen werden von d. Kl. letztlich nicht angegriffen. Es wird vielmehr geltend gemacht, das Regelleistungsvolumen sei unter Berücksichtigung der vorhandenen Fachgruppen entsprechend zu erhöhen. Damit wird geltend gemacht, es liege ein Ausnahmefall vor und der Vorstand der KV Hessen habe von seiner Ermächtigung, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogenen Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 vorzunehmen, nur unzureichend Gebrauch gemacht.

Nach dieser Ermächtigung ist der Vorstand verpflichtet, bei Vorliegen von Sicherstellungsgründen sein Ermessen im Hinblick auf eine Sonderregelung auszuüben. Die Beklagte ist aber zutreffend davon ausgegangen, dass ein Ausnahmefall nicht vorliegt.

Wann ein solcher Ausnahmefall aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung vorliegt, wird weder im HVV noch im Beschluss des Bewertungsausschusses noch in den gesetzlichen Regelungen bestimmt und ist daher durch Auslegung zu konkretisieren.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sieht, darf der Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung, was nach Auffassung der Kammer auch unter Geltung eines Honorarverteilungsvertrags gilt, außer zu konkretisierenden Bestimmungen, die nicht im Voraus für mehrere Quartale gleichbleibend festgelegt werden können, auch dazu ermächtigt werden, Ausnahmen für sog. atypische Fälle vorzusehen. Es ist eine typische Aufgabe des Vorstandes, zu beurteilen, ob sog. atypische Fälle die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen erfüllen. Dabei beschränkt sich die Kompetenz des Vorstandes nicht auf die Statuierung von Ausnahmen für "echte Härten", vielmehr müssen sie generell für atypische Versorgungssituationen möglich sein (vgl. BSG, Ur. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) = [MedR 2000, 153](#), juris Rn. 36; BSG, Ur. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#), juris Rn. 23). So hat das BSG eine vom Vorstand getroffene Sonderregelung für spezialisierte Internisten nicht beanstandet. Die Entscheidung, dass bei den Internisten, die eine Teilgebietsbezeichnung führten und deren spezielle Leistungen (einschließlich Folgeleistungen) 30 % der Gesamthonoraranforderung ausmachten, diese Leistungen herausgerechnet werden und dass diejenigen, deren spezialisierte Leistungen sogar 50 % der Gesamthonoraranforderung ausmachten, gänzlich von der Teilquotierung freigestellt werden, enthalte Schematisierungen, die nicht als sachwidrig beanstandet werden könnten. Derartige mit scharfen Grenzziehungen einhergehende Härten seien - wie z.B. auch für Stichtagsregelungen anerkannt - hinzunehmen, solange sie nicht im Hinblick auf den gegebenen Sachverhalt und das System der Gesamtregelung willkürlich seien (vgl. BSG, Ur. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - aaO., Rn. 36). Eine Generalklausel könne z.B. zur Anwendung kommen, wenn sich überraschend Änderungen der Versorgungsstruktur in einer bestimmten Region ergeben, weil etwa einer von wenigen Vertragszahnärzten in einer Stadt unvorhergesehen aus der vertragszahnärztlichen Versorgung ausgeschieden sei. Die von diesem Zahnarzt bisher behandelten Patienten müssten dann kurzfristig auf andere Zahnarztpraxen ausweichen, was zwangsläufig zu einer von diesen Praxen nur eingeschränkt steuerbaren Erhöhung der Zahl der dort behandelten Patienten führen werde. Vergleichbares gelte für die Änderung der Behandlungsausrichtung einer zahnärztlichen Praxis im Vergleich zum Bemessungszeitraum, etwa wenn sich ein bisher allgemein zahnärztlich tätiger Vertragszahnarzt auf oral-chirurgische Behandlungen konzentriert und deshalb höhere Fallwerte erreiche (vgl. BSG, Ur. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - aaO. Rn. 23). Darauf reagierende Differenzierungen hinsichtlich der Festlegung der individuellen Bemessungsgrundlage seien nicht nur dann geboten, wenn ihr Unterlassen zur Existenzgefährdung zahnärztlicher Praxen führen würde. Ein Rechtsgrundsatz des Inhalts, dass sich auf eine Verletzung des Gebotes der Honorarverteilungsgerechtigkeit nur solche Vertrags(zahn)ärzte berufen können, bei denen die Anwendung der jeweils angegriffenen Honorarverteilungsregelung zu existenzbedrohenden Konsequenzen führen könnte, ist dem Vertrags(zahn)arztrecht fremd (vgl. BSG, Ur. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - aaO. Rn. 25).

Zur Erweiterung von Praxis- und Zusatzbudgets gemäß Nr. 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B, EBM 1996 im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs hat das BSG zur Auslegung des Begriffs "besonderer Versorgungsbedarf" entschieden, dass der besondere Versorgungsbedarf eine im Leistungsangebot der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung voraussetze, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl der Praxis habe. Dies erfordere vom Leistungsvolumen her, dass bei dem Arzt das durchschnittliche Punktzahlvolumen je Patient in dem vom Budget erfassten Bereich die Budgetgrenze übersteige und zudem, dass bei ihm im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit vorliegt, die zwar allein noch nicht ausreiche, aber immerhin ein Indiz für eine entsprechende Spezialisierung darstelle (vgl. zuletzt BSG, Ur. v. 22.03.2006 - [B 6 KA 80/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 12](#) = [GesR 2006, 363](#), juris Rn. 15 m.w.N.). Zu Erweiterungen der Zusatzbudgets nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr. 4.3 EBM 1996 hat das BSG ebf. entschieden, dies setze voraus, dass im Leistungsangebot der betroffenen Praxis eine Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Ausrichtung zum Ausdruck komme, die messbaren Einfluss auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden

abgerechneten Punkte auf die Gesamtpunktzahl der Praxis habe (vgl. BSG, Ur. v. 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 1](#), juris Rn. 23; BSG, Ur. v. 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 31](#), juris Rn. 26 f.).

Die Beurteilung, ob ein Ausnahmefall vorliegt, unterliegt der uneingeschränkten gerichtlichen Nachprüfung. Der Beklagten steht insoweit kein - der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher - Beurteilungsspielraum zu. Es gelten dieselben Erwägungen wie zu den Ausnahmen von der Teilbudgetierung nach Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 (vgl. dazu BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 26](#)) und der Erweiterung der Praxis- und Zusatzbudgets (vgl. dazu BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 31](#)).

Ausgehend hiervon hält die Kammer zunächst die Ermächtigung des Vorstands der Beklagten für rechtmäßig. Die Kammer vermag aber keinen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Höhe des Honorars und Umfang des Regelleistungsvolumens zu erkennen. Die Fallpunktzahlen werden, KV-bezogen und nach Altersgruppen, anhand des artgruppenspezifischen Leistungsbedarfs in Punkten in den Quartalen III/03 bis II/04 bzw. durch die Beklagte in den Quartalen I und II/04 und der Fallzahl berechnet. Der so ermittelte Fallwert für die in die Regelleistungsvolumina einbezogenen Leistungen wird mit dem Faktor 0,8 malgenommen, d. h. um 20 % vermindert (vgl. Anlage 2 zum Teil III BRLV). Im Ergebnis bedeutet dies, dass jeder Vertragsarzt nicht eigene Durchschnittswerte, sondern die seiner Honorargruppe zuerkannt bekommt. Damit gehen die Honorarregelungen von einem gleichförmigen Leistungsgeschehen aus, was im Grundsatz, da auf die Fachgruppen abgestellt wird, nicht zu beanstanden ist. Eine Ungleichbehandlung und damit ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit kann jedoch dann vorliegen, wenn die Praxis einen zur Fachgruppe atypischen Versorgungsbedarf abdeckt. Dies ist aber unabhängig von der Honorarhöhe oder evtl. erfolgten Ausgleichszahlungen nach Ziff. 7.5 HVV. Maßstab ist allein, wie bereits ausgeführt, ob im Leistungsangebot der betroffenen Praxis eine Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Ausrichtung zum Ausdruck komme, die messbaren Einfluss auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden abgerechneten Punkte auf die Gesamtpunktzahl der Praxis hat. Die Kammer hält es auch für unzulässig, den Vertragsarzt von vornherein darauf zu verweisen, er könne auf seine Spezialisierung verzichten. In der Konsequenz kann dies bedeuten, dass Spezialisierungen mit besonderen Praxischwerpunkten nicht mehr gebildet werden können mit der weiteren Konsequenz, dass diese Leistungen nicht oder in nur ungenügendem Umfang erbracht werden. Auch unter einer sog. gedeckelten Gesamtvergütung hat das Honorar grundsätzlich der Leistung nachzufolgen und sich das Leistungsgeschehen nicht, zumindest nicht vordringlich an den Honoraranreizen zu orientieren.

Die Kammer erkennt nicht, dass aufgrund ihrer Rechtsprechung es zu "Verschiebungen" zwischen und innerhalb der Honorartöpfe kommen

kann, soweit Praxen Sonderregelungen aufgrund von Leistungen zugestanden werden müssen, die im Regelfall von Ärzten anderer Fachgebiete erbracht werden. Die Abgrenzung zwischen den Fachgebieten kann aber nur durch das Berufsrecht und z. T. weitergehend durch den EBM erfolgen. Kann der betreffende Arzt danach die Leistungen erbringen, so kann ihm auch eine Spezialisierung nicht verwehrt werden. Im Übrigen hält die Kammer solche "Verschiebungen" angesichts der Größe der Honorargruppe und angesichts der Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV für gering. Höhere Regelleistungsvolumina führen zu erhöhten Fallwerten, die wiederum eine Verminderung der Ausgleichszahlungen nach der Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV bewirken. So ist der Kammer aus dem Verfahren mit Az.: [S 12 KA 1271/05](#) bekannt, dass die Verdoppelung des zuvor bewilligten Regelleistungsvolumens aufgrund einer Sonderregelung der Beklagten bei einem bereits zuvor gewährten Ausgleichsbetrag nach Ziffer 7.5 HVV in Höhe von 17.279,43 Euro im Ergebnis zu einer Honorarerhöhung insgesamt um 843,53 Euro bzw. etwa 1,3 % führte.

Soweit die Honorarausstattung der einzelnen Honorar(unter)gruppen auf Basis der tatsächlich in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2004 erfolgten Honorarzahleungen erfolgt, sodass in der Ermittlung der maßgeblichen RLV-Fallpunktzahlen das von der Arzt-/Fachgruppe abgerechnete Honorarvolumen für die hier streitigen Leistungen einbezogen ist, kann im Rahmen des Grundsatzes der Gleichbehandlung nur maßgebend sein, ob hier eine vergleichbare Streuung in der Fachgruppe vorhanden ist oder die Einzelpraxis signifikant hiervon abweicht.

Der Beklagten mag zwar zuzugestehen sein, dass im Ergebnis die Anwendung der Ziff. 7.5 HVV die Bedeutung des Umfangs des Regelleistungsvolumens verringern, da Ziff. 7.5 HVV wesentlich an den individuellen Fallwerten des Vorjahresquartals anknüpft und auf dieser Grundlage Honorarveränderungen im Bereich von mehr als 5 % nach oben oder unten weitgehend nivelliert. Die Ausnahmeregelung im HVV sieht aber eine solche Verknüpfung zur Regelung nach Ziff. 7.5 HVV nicht vor, sondern ist vielmehr gerade Ausdruck des Gleichbehandlungsgebots, nach dem Ungleiches nicht gleich behandelt werden darf. Im Übrigen verliert die Honorarverteilung an Transparenz und Akzeptanz, wenn Unterschiede im Leistungsgeschehen nicht mehr adäquat erfasst werden.

Entgegen der Auffassung der Beklagten kommt es bei Feststellung der Sicherstellungsgründe nicht allein auf die Versorgung im Umkreis einer Praxis an. Dabei kann hier dahinstehen, ob solche Versorgungsgesichtspunkte generell anhand eines Umkreises von 50 km zu prüfen sind, wies es offensichtlich der Verwaltungspraxis der Beklagten entspricht und was jedenfalls im Rahmen bedarfsplanerischer Überlegungen in Zulassungssachen in dieser Allgemeinheit unzulässig ist (vgl. BSG, Urt. v. 19.07.2006 - [B 6 KA 14/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 116 Nr. 3](#) = [GesR 2007, 71](#) = [MedR 2007, 127](#), juris Rn. 19; SG Frankfurt a. M., Urt. v. 27.04.2005 - S 5/29 KA 966/04 - rechtskräftig; Pawlita in: jurisPK-SGB V, Online-Ausgabe, Stand: 01.08.2007, § 96, Rn. 68 ff.). Maßgebend für die hier strittige Ausnahmeregelung ist der Versorgungsschwerpunkt der Praxis. Mit der Erbringung der Leistungen wird zunächst der Bedarf dokumentiert, soweit eine Fehlabrechnung oder Unwirtschaftlichkeit ausgeschlossen werden kann. Der mit einer Spezialisierung einhergehende vermehrte Zulauf von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern kann gerade auch Ausdruck der Qualität und des Rufs der Praxis sein.

Allerdings ist andererseits zu berücksichtigen, dass nicht jede im Vergleich zur Fachgruppe vermehrte Erbringung von Einzelleistungen oder Leistungsgruppen oder Spezialisierung einen Ausnahmefall begründen kann, da dann die Regelleistungsvolumina ihren Zweck der Kalkulationssicherheit nicht mehr erreichen könnten. [§ 85 Abs. 4](#) und 4a SGB V gibt keine Vorgabe für differenzierte Ausnahmen und gibt insoweit die Tendenz der Nivellierung des Leistungsgeschehens vor. Von daher ist es auch nicht zu beanstanden, dass weder der Bewertungsausschuss noch der HVV ein den die früheren Praxisbudgets ergänzenden Zusatzbudgets vergleichbares Instrumentarium vorsehen. Auch wird im Regelfall ein Ausnahmetatbestand nicht vorliegen, wenn generell in allen oder vielen Leistungsbereichen ein gegenüber der Fachgruppe erhöhtes Leistungsvolumen abgerechnet wird, da insoweit die Regelleistungsvolumina auch der Leistungsbegrenzung dienen. Eine generelle Festlegung, wann ein Ausnahmefall vorliegt, kann aber, da es sich um eine Regelung für atypische Einzelfälle handelt, nicht getroffen werden.

Die Beklagte hat im Widerspruchsbescheid im Einzelnen dargelegt, wie sie das Regelleistungsvolumen unter Berücksichtigung der verschiedenen Arztgruppen berechnet hat. Ein im Vergleich zu den Fachgruppen und insbesondere zur vorherrschenden Fachgruppe der Kardiologen signifikant atypisches Leistungsgeschehen ist nicht zu erkennen. Dies wird auch bereits daran deutlich, dass das Regelleistungsvolumen im Quartal III/05 überhaupt nicht und im Quartal II/05 nur um 9,2 % überschritten wurde. Aufgrund der Berechnungsweise des Regelleistungsvolumens ist aber davon auszugehen, dass Überschreitungen bis zu 25 % schon deshalb auf keine Besonderheit hinweisen. Solche Überschreitungen sind Folge des Bemessungsschlüssels von 80 % der Werte des Referenzzeitraums. Soweit die Beklagte auf die sachlich-rechnerischen Berichtigungen hinweist, so sind diese weitgehend zu Recht erfolgt, wie die Kammer mit Urteil vom 17.06.2009 - [S 12 KA 171/08](#) - entschieden hat. Von daher war der Antrag, die Beklagte zu verurteilen, sowie das Regelleistungsvolumen unter Berücksichtigung der vorhandenen Fachgruppen entsprechend zu erhöhen, abzuweisen.

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 im Quartal II/05 Leistungen nach Ziffern 01520, 01530, 01600, 01601, 01602, 01605, 01610, 01620, 01621, 34280, 34283, 34285, 34286, 34287, 34291 EBM 2005 und im Quartal III/05 Leistungen nach Ziffern 01520, 01521, 01530, 01600, 01601, 01602,

01605, 01610, 01621, 34280, 34283, 34291, 34292 EBM 2005 ab, die die Beklagte entgegen der Vorgabe in III.4.1 BRLV in das Regelleistungsvolumen einbezogen hat.

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 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 für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens keinen festen, im Vorhinein fest vereinbarten Punktwert von 4 Ct. 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 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.

Es bestand auch keine Verpflichtung zur Auszahlung eines festen Punktwerts von 5,11 Cent, ebenso wenig alle Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten sind, mit einem festen Punktwert von mindestens 4 Cent pro Punkt zu vergüten.

Der Bewertungsausschuss hat 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, soweit diese nicht im HVV entsprechend festgelegt wurden. Vielmehr beschränkt sich der

Anspruch des Vertragsarztes auf die Teilnahme an der Honorarverteilung und nicht auf einen bestimmten Honoraranspruch ([§ 85 Abs. 4 SGB V](#)).

Die Beklagte war auch nicht zu verurteilen, alle belegärztlichen Leistungen ohne prozentuale Abschläge laut EBM bzw. Gesamtvertrag in Höhe von mind. 4 Cent zu vergüten.

Nach § 3 HVV – Abrechnung stationärer (belegärztlicher) Leistungen – werden dem Belegarzt die Pauschalerstattungen der Abschnitte 40.3, 40.4, 40.5 EBM 2005 mit 100 % der Vergütungssätze vergütet (§ 3.1.3 b HVV), alle weiteren Leistungen mit 100 % der Vergütungssätze, mit Ausnahme der unter d), e) und f) aufgeführten Leistungen (§ 3.1.3 c HVV). Die Leistungen nach dem Kapitel 33, den Abschnitten 30.7 (mit Ausnahme der in Ziffer 3.1.1 genannten Leistungen), 34.2, 34.6 sowie die Leistungen nach den Nrn. 01770, 01772, 01773, 01774, 01775, 01785, 01786, 01831, 01902, 02520, 03320, 03321, 03322, 03323, 03324, 03330, 03331, 03332, 04320, 04321, 04322, 04323, 04324, 04330, 04331, 04333, 04334, 10320, 10322, 10324, 13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13300, 13301, 13310, 13311, 13400 bis 13561, 13650 bis 13701, 30430, 30431, 34500 und 34501 EBM 2005 werden mit 60 % der Vergütungssätze vergütet, die Kosten der Laborleistungen des vertraglichen Anhangs zu Kapitel 32 werden durch Multiplikation mit dem Faktor 26,6 bei Abschnitt 32.2 EBM 2005 bzw. dem Faktor 28,6 bei Abschnitt 32.3 in Punkte umgerechnet, sofern sich eine Bewertung von mindestens 160 Punkten ergibt, die Leistungen des Abschnittes 19.3 EBM 2005, und die den Leistungen des Kapitels 32, einschl. des vertraglichen Anhangs und des Abschnittes 19.3 entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten 1.7 und 11.3 EBM 2005, die mit mindestens 160 Punkten bewertet sind, werden mit 60 % der Vergütungssätze. Die Leistungen des Kapitels 32 sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten 1.7 und 11.3 sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in den Bundesmantelverträgen genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig (§ 3.1.3 d HVV). Die Leistungen der Abschnitte 17.3, 34.3 und 34.4 sowie die Leistung nach der Nr. 34502 EBM 2005 werden mit 20 % der Vergütungssätze vergütet.

Der HVV bestimmt dabei ausdrücklich, dass die reduzierten Vergütungssätze nach Ziffer 3.1.3 unabhängig davon gelten, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden (Ziffer 3.1.4 HVV).

Diese Regelungen sind nicht zu beanstanden.

Nach [§ 121 Abs. 3 Satz 1](#) und 2 SGB V in der bis 01.02.2007 geltenden Fassung werden die belegärztlichen Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die Vergütung hat die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen. § 18 Abs. 1 KHEntG i.d.F. des Gesetzes v. 23.04.2002 definiert Belegärzte im Sinne dieses Gesetzes als nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Leistungen des Belegarztes sind

1. seine persönlichen Leistungen,
2. der ärztliche Bereitschaftsdienst für Belegpatienten,
3. die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,
4. die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Alle diese vom Belegarzt erbrachten Leistungen sind bei der Kalkulation der besonderen Pflegesätze für Belegpatienten auszuklammern und – soweit Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung betroffen sind – nach den Regelungen des vertragsärztlichen Vergütungsregimes zu honorieren. Mithin ist durch das Krankenhausfinanzierungsrecht vorgegeben, dass Doppelzahlungen für Leistungen der Belegärzte i.S. von § 23 Abs. 1 Satz 2 BPflV nicht über einen völligen Ausschluss der vertragsärztlichen oder privatärztlichen Vergütung des Belegarztes, sondern durch deren – ggf. reduzierte – Honorierung innerhalb dieser Systeme bei gleichzeitiger – entsprechend angepasster – Verminderung der Krankenhausentgelte (Belegpflegesätze bzw. nunmehr Fallpauschalen und Zusatzentgelte gemäß § 18 Abs. 2 KHEntG) zu vermeiden sind (vgl. BSG, Urt. v. 28.01.2009 – [B 6 KA 30/07 R](#) – juris Rdnr. 18 m.w.N.).

Zu den nach [§ 121 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) von Gesetzes wegen bei der Normierung der Honorarverteilungsregelungen zu berücksichtigenden Besonderheiten einer belegärztlichen Tätigkeit zählt insbesondere, dass der Belegarzt für die belegärztliche Tätigkeit zumindest typischerweise einen erheblichen Teil der im allgemeinen Praxisbetrieb erforderlichen Unkosten nicht aufwenden muss. Er muss insbesondere dafür kein nichtärztliches Hilfspersonal bereithalten und er muss für die belegärztliche Tätigkeit keine Praxisräume und keine Praxisausstattung vorhalten. Diese Kosten trägt vielmehr bei belegärztlichen Tätigkeiten grundsätzlich der Krankenhausträger, der sie seinerseits über die Pflegesatzzahlungen von den Krankenkassen im Ergebnis nach Maßgabe der gesetzlichen Vorgaben erstattet erhält. Ausgehend von der gesetzlich in [§ 121 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) vorgegebenen Differenzierung kann ein Belegarzt nicht beanspruchen, dass seine Tätigkeit nach den gleichen Maßstäben wie eine vertragsärztliche Tätigkeit in freier Praxis vergütet wird. Der Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars, der namentlich die Vergütung aller ärztlichen Leistungen mit einem im Ausgangspunkt einheitlichen Punktwert gebietet, ist im vorliegenden Zusammenhang durch den Gesetzgeber zulasten der Belegärzte im Hinblick auf ihre besondere Kostenstruktur eingeschränkt worden. Überdies belässt dieser Grundsatz ohnehin der normsetzenden Körperschaft einen – erheblichen – Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen. Namentlich ist es ihr zu ermöglichen, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 30.06.2004 – [L 3 KA 54/04](#) – www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris Rdnr. 30 f.).

Bei der entsprechenden Verringerung der Vergütung der belegärztlichen Tätigkeit kann der HVV-Geber davon ausgehen, dass typischerweise Räume, Geräte, Materialien und weiteres Personal vom Krankenhausträger gestellt werden. Dies entspricht dem Bild des Gesetzgebers und auch der belegärztlichen Praxis. Der HVV muss Ausnahmen hierfür nicht vorsehen. Auch würde dies die Regelung der Pflegesätze erschweren, da eine entsprechend höhere ärztliche Vergütung bei den Pflegesätzen zu berücksichtigen wäre. Soweit der Kläger daher darauf hinweist, er benutze eigene Geräte, so ist er darauf verwiesen, eine Berücksichtigung dieses Umstands ggf. mit dem Krankenhausträger im Rahmen des Belegarztvertrages zu verhandeln. Eine höhere vertragsärztliche Vergütung als Belegarzt vermag dieser Umstand nicht zu begründen.

Die Beklagte war nicht zu verurteilen, die Verwaltungskostenanteile für die Sachkosten bei Ersatzkassen zurückzuerstatten.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, der die Kammer auch hier folgt, ist es mit dem Äquivalenzprinzip und dem Gleichheitssatz vereinbar, den gesamten Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit als Bemessungsgrundlage für die Erhebung von Mitgliedsbeiträgen durch eine Kassenärztliche Vereinigung zugrunde zu legen. Das gilt auch für die Einbeziehung gesondert erstatteter Sachkosten (vgl. BSG, Urt. v. 28.11.2007- [B 6 KA 1/07 R](#) -).

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 Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass (auch) die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Aus dieser Bestimmung kann ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für ärztliche Tätigkeiten erst dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet wird (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - aaO., juris Rdnr. 130 m. w. N.). Anzeichen hierfür sind nicht ersichtlich. Auch für das 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 dem Hauptantrag nur bzgl. des Zahlungsanspruchs stattzugeben und war er im Übrigen abzuweisen. Dem Hilfsantrag war aus den genannten Gründen stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Die Quotelung berücksichtigt, dass nur ein Teil der vorgetragenen Gründe zur Verpflichtung zur Neubescheidung führten.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-10