

S 12 KA 278/07

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 278/07

Datum

17.06.2009

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 56/09

Datum

19.01.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Eine Internistin mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie hat keinen Anspruch darauf, dass auch die nicht genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen entweder außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden oder bei Erbringung dieser Leistungen eine abweichende Fallpunktzahl festgesetzt wird.

1. Unter Abänderung des Honorarbescheids für das Quartal II/05, abgeändert durch Bescheid vom 02.04.2007, und des Honorarbescheids für das Quartal III/05, beide in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.05.2007 wird die Beklagte verpflichtet, die Klägerin über ihre Honoraransprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Die Klägerin hat 4/5, die Beklagte 1/5 der Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat 1/5 der notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die Quartale II und III/05 und hierbei insbesondere auch um die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, die weniger als 90 % des Praxisumsatzes ausmachen.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Innere Medizin zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Sie ist hausärztlich tätig. Sie ist berechtigt, die Zusatzbezeichnung Psychotherapie zu führen.

In den Quartalen I bis IV/04 und IV/05 und I/06 ergaben sich folgende Honorarfestsetzungen:

Quartal I/04 II/04 III/04 IV/04

Bruttohonorar PK + EK in EUR 30.216,18 34.780,69 38.949,93 42.366,00

Fallzahl 547 573 591 616

Oberer Punktwert HG 2 in Ct. PK/EK 4,162/4,043 4,253/4,054 4,132/3,794 4,343/3,970

Quartal IV/05 I/06

Bruttohonorar PK + EK in EUR 34.772,54 42.372,13

Fallzahl 572 609

Oberer Punktwert HG 2 in Ct. PK/EK 3,662/2,992 3,552/3,707

Regelleistungsvolumen Ziff. 6.3 HVV Praxisbezogenes

Regelleistungsvolumen in Punkten 387.793,0 404.196,8

Überschreitung in Punkten 209.409,0 228.888,2

Die Beklagte setzte das Honorar jeweils mit Honorarbescheiden für die beiden streitbefangenen Quartale II und III/05 fest, wogegen die Klägerin Widerspruch einlegte. Im Einzelnen ergeben sich die Festlegungen und die Daten des Widerspruchs aus nachfolgender Übersicht:

Quartal II/05 III/05

Honorarbescheid v. 29.06.2006 23.01.2006 29.06.2006

Nettohonorar gesamt in EUR 34.224,23 32.920,13 34.610,50

Widerspruch eingelegt am 22.02.2006 06.11.2006

Bruttohonorar PK u. EK in EUR 34.777,10 33.776,02 35.187,20
Honorargutschrift (B. v. 02.04.2007, Bl. 161 VA) 3.357,55
Fallzahl PK + EK 576 590
Oberer Punktwert PK/EK in Cent (vor EHV-Abzug) 3,661/3,216 3,665/2,808
Unterer Punktwert PK/EK in Cent (vor EHV-Abzug) 3,175/0,471 0,977/0,471
Fallzahlabhängige Quotierung Ziff. 5.2.1 HVV - -

Regelleistungsvolumen Ziff. 6.3 HVV
Fallwert in Punkten 680,8 694,5
Fallzahl 575 586
Praxisbezogenes Regelleistungsvolumen in Punkten 391.460,0 406.977,0
Abgerechnetes Honorarvolumen in Punkten 709.360,0 574.030,0
Überschreitung in Punkten 317.900,0 167.053,0
Überschreitung in %- 81,2 41,0

Ausgleichsregelung Ziff. 7.5 HVV
Referenz-Fallzahl 573 591
Fallzahl 575 588
Referenz-Fallwert in EUR
Korrigiert Bl. 160 VA 49,6374 58,0724 53,2136
Aktueller Fallwert in EUR 49,3092 39,8831
Ausgleichsdifferenz der Fallwerte in EUR
Korrigiert Bl. 161 VA - 5,8596 9,4741
Auffüllbetrag in EUR
Korrigiert Bl. 161 VA - 3.357,55 5.570,75
Fallwert mit Auffüllbetrag- 55,1688 49,3572
Fallwert mit Auffüllbetrag zu Referenz-Fallwert in %- 95,0 92,8
Differenz Referenz-Fallwert und Fallwert mit Auffüllbetrag- 2,9036 3,8564 -
Berechnung der Kammer

Zur Begründung ihrer Widersprüche trug sie vor, neben den hausärztlichen Leistungen erbringe sie seit vielen Jahren auch psychotherapeutische Leistungen. Durch diese Spezialisierung sei die Patientenstruktur ihrer Praxis geprägt. Es handele sich überwiegend um multimorbide Patienten mittleren Alters mit chronischen Erkrankungen und psychosomatischen Komponenten bzw. durch schwere Erkrankungen ausgeprägten sekundären psychischen Alterationen. Die Diagnose und Therapie dieser Patienten verlange einen ganz erheblichen Aufwand, der sich u. a. auch in der Zeitbindung der entsprechenden Leistungen (Ziffer 35100 bis 35302 EBM 2005) widerspiegele. Diese Leistungen seien bislang im Rahmen des gelben oder roten Budgets vergütet worden. Dadurch sei dem Umstand Rechnung getragen worden, dass durch diese Behandlungsmethode geringere Arzneimittelkosten und weniger Überweisungen an Psychiater, Psychotherapeuten und Krankenhäuser erfolgten. Die Leistungen nach Ziffern 35100 bis 35302 EBM 2005 erforderten einen ganz erheblichen Zeitaufwand, der wiederum zu einer Begrenzung der möglichen Fälle führe. Aus diesem Grund liege ihre Fallzahl unter dem Durchschnitt einer vergleichbaren Hausarztpraxis. Bei der Festsetzung der Regelleistungsvolumina würden aber für die Fachärzte für Allgemeinmedizin und die hausärztlich tätigen Internisten einheitliche Fallpunktzahlen zugrunde gelegt werden. Die psychotherapeutischen Leistungen würden deshalb nur unzureichend berücksichtigt werden und führten zu einer Reduzierung der durch den EBM festgelegten Bewertung. Die Punktebewertung liege über der für die "normalen" hausärztlichen Leistungen. Die psychotherapeutischen Leistungen könnten nicht beliebig vermehrt werden, weil die Zeitbindung eine natürliche Obergrenze festlege. Um bei entsprechend geringen Fallzahlen auf ein angemessenes Honorar zu kommen, sei die höhere Bewertung des einzelnen Falles unumgänglich. Dies sei bei der Festlegung der Fallpunktzahl gerade für psychotherapeutisch tätige Allgemeinärzte unberücksichtigt geblieben. Dies zeige ein Vergleich der durchschnittlichen Punktwerte der in Frage stehenden EBM-Ziffern mit der Fallpunktzahl für die Regelleistungsvolumina. Diese lägen mit regelmäßig mehr als 700 Punkten bereits über der Fallpunktzahl mit 520 bis 576 Punkten. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts müssten zeitgebundene Leistungen angemessen vergütet werden (BSG-Urteil vom 28.01.2004, [B 6 KA 52/03 R](#)). Bei voller Auslastung einer Praxis müsse ein Honorarumsatz von mindestens 114.764,58 EUR erwirtschaftet werden können. Ihr sei aufgrund ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit eine derartige Ausdehnung ihrer Leistungen nicht möglich. Der Honorarverteilungsvertrag führe dazu, dass psychotherapeutische Leistungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin schlechterdings nicht mehr angeboten werden könnten. Eine Ausdehnung der sonstigen hausärztlichen Leistungen sei nicht möglich, weil durch die sonstigen Budgetierungsmaßnahmen eine Fallzahlsteigerung ausgeschlossen sei. Insofern sei der Honorarverteilungsvertrag rechtswidrig. Die Vorgabe des Bewertungsausschusses mit hohen Punktwerten für psychotherapeutische Leistungen werde durch die im Honorarverteilungsvertrag geregelten Regelleistungsvolumina negiert. Eine Sonderregelung gemäß Ziffer 6.3 HVV sei nicht ergangen. Sofern der Vorstand von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch gemacht habe, verstoße der Honorarbescheid selbst gegen den HVV und sei somit seinerseits rechtswidrig. Im Übrigen werde widerrechtlich das hausärztliche Honorar dadurch reduziert, dass zur Finanzierung der Härtefallregelung gemäß Ziffer 7.5 HVV eine Subventionierung von Facharztgruppen zu Lasten der Hausärzte stattfinde. Tatsächlich sei eine Reserve für die Stützung gebildet worden, die zu 45,1 % aus hausärztlichen Honoraren resultiere. Dieser Anteil sei dann jedoch nicht Hausärzten zugute gekommen, sondern sei weit überwiegend an andere Honorargruppen ausgeschüttet worden. Die Vorschrift regule aber abschließend, dass der Ausgleich innerhalb der Honorargruppe zu erfolgen habe. Insofern sich aus dem Honorarbescheid keinerlei Bezug auf die Gesamtvergütung und die Aufteilung derselben auf die jeweiligen Honorar(unter)gruppen ergebe, sei der Honorarbescheid inhaltlich unzureichend begründet. Es sei ihr nicht erkennbar anhand des Honorarbescheids, wie die Punktwerte sich berechneten. Im Quartal III/05 erfolge die Ausgleichsregelung dergestalt, dass ihr nicht 95 % des Referenzfallwertes berechnet würden, sondern nur 49,357 % (so Bl. 42 der Verwaltungsakte, es muss wohl EUR heißen), es entstehe eine Differenz pro Fall von 1,195 EUR, die nicht ausgezahlt worden sei. Dies werde sich in den Folgequartalen immer weiter auswirken.

Am 05.03.2007 hat die Klägerin Untätigkeitsklage erhoben (Az.: S 12 KA 70 und 71/07), die die Beteiligten nach Erlass des Widerspruchsbescheides für erledigt erklärten.

Mit Bescheid vom 02.04.2007 nahm die Beklagte für das streitbefangene Quartal II/05 sowie für das Quartal II/06 eine Korrektur vor und setzte Honorargutschriften in Höhe von 3.357,55 EUR (II/05) bzw. 3.209,38 EUR (II/06) fest. Im Bescheid führte sie aus, bei der Prüfung der Abrechnungsunterlagen habe sie festgestellt, dass im Rahmen der +/- 5 %-Ausgleichsregelung die manuelle Korrektur der Abrechnung des Quartals II/04 im Rahmen der Ausgangswerte bisher nicht berücksichtigt worden sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23.05.2007, der Klägerin am 25.05. zugestellt, wies die Beklagte die Widersprüche als unbegründet zurück. Darin führte sie aus, die Honorarbescheide seien formell rechtmäßig. Sie seien ausreichend begründet. Sie seien auch materiell rechtmäßig. Die Bewertung der Honorarforderungen einer Praxis erfolge auf Basis eines Regelleistungsvolumens, das aufgrund der Zugehörigkeit der Ärzte einer Praxis zu ihrer Arzt-/Fachgruppe unter Beachtung der angeführten Altersklassen festgesetzt werde. Das im aktuellen Quartal gültige praxisindividuelle (fallzahlabhängige) Regelleistungsvolumen einer Praxis bestimme sich dann aus der Multiplikation der im aktuellen Quartal ermittelten arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der relevanten Fallzahlen in verschiedene Altersklassen. Die Honorarforderungen betreffend u. a. zeitbezogenen genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach den Ziffern 35200 bis 35225 EBM 2005 blieben unberücksichtigt und würden vorab zu einem Punktwert von 4,67 Cent bei Primärkassen bzw. 4,70 Cent bei Ersatzkassen bewertet werden, sofern die Vorgaben des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 zur Zuerkennung des Mindestpunktwertes erfüllt seien. Andernfalls erfolge die Bewertung der vorgenannten Leistungen zu einem Punktwert von 4,0 Cent. Die dann noch verbliebenen Honorarforderungen der Praxis unterlägen der Bewertung nach dem Regelleistungsvolumen. Für die Klägerin seien folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen festgelegt:

RLV-Fallpunktzahl Primärkassen Ersatzkassen

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

Fallpunktzahl lt. HVV 520 576 1.059 424 475 821

Die das Regelleistungsvolumen überschreitenden Punktzahlenforderungen würden noch zum unteren Punktwert vergütet werden. Der Bewertungsausschuss habe in seinem Beschluss vom 29.10.2004 für psychotherapeutische Leistungen - mit Ausnahme der genannten Ziffern 35200 bis 35225 EBM 2005 - keine Zuordnung zu den Leistungsbereichen für extrabudgetär oder vorab zu vergütende Leistungen vorgesehen. Diese Leistungen unterlägen somit dem Regelleistungsvolumenansatz. Sie könnten nicht generell herausgenommen werden. Der Leistungsbedarf psychotherapeutisch tätiger Hausärzte sei in die Berechnung der Regelleistungsvolumina eingeflossen. Der Klägerin sei es durchaus möglich, ein angemessenes Honorar zu erwirtschaften. Eine Ausdehnung der hausärztlichen Tätigkeit sei nicht ausgeschlossen. Im Quartal II/05 habe die Fallzahlgrenze für die Klägerin 589 Fälle betragen. Die Fallzahlobergrenze erhöhe sich durch die Anwendung des BSG-Urteils bezüglich des Anwachsens von Praxen bis zum Fachgruppendurchschnitt von 589 Behandlungsfällen unter Berücksichtigung der Praxisstruktur auf die aktuelle, relevante durchschnittliche arzt-/fachgruppenbezogene Fallzahl in Höhe von 828 Behandlungsfällen. Die tatsächlich abgerechnete Fallzahl habe demgegenüber lediglich 576 Behandlungsfälle betragen. Im Quartal III/05 habe die Fallzahlobergrenze bei 606 Fällen gelegen, tatsächlich sei ein Anwachsen bis zur Höhe von 830 Behandlungsfällen möglich. Abgerechnet seien demgegenüber lediglich 588 Behandlungsfälle. Die Überschreitung des Regelleistungsvolumens sei auch nicht ausschließlich auf die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen zurückzuführen. Der Anteil der psychotherapeutischen Leistungen, die dem Regelleistungsvolumen unterlägen, liege im Quartal II/05 bei gerade 108.810,0 Punkten. Schließlich bestehe zur Vermeidung von Fallwertverlusten die Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV. Diese habe in beiden Quartalen zu Auffüllbeträgen geführt. Nach einem Vorstandsbeschluss könne Ausnahmeregelungen zum Regelleistungsvolumen nicht zugestimmt werden, wenn Honorarverwerfungen bedingt durch die Einführung des EBM 2005 bereits durch einen Auffüllungsbetrag im Rahmen der Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV Berücksichtigung gefunden hätten. Der für das Quartal III/05 festgestellte Auffüllungsbetrag sei nicht zu beanstanden. Es sei zutreffend, dass kein vollständiger Ausgleich erfolgt sei. Im Honorarbescheid sei hierzu ausgeführt worden, dass das in der Honorar(unter)gruppe zur Verfügung stehende Honorarvolumen durch die notwendig gewordene zusätzliche Quotierung der Punktwerte nicht ausgereicht habe, um Fallwertverluste im aktuellen Quartal auf - 5 % auszugleichen. Dies entspreche der Regelung im HVV. Die Stützung habe zu Lasten der Honorar(unter)gruppe zu gehen. Die Stützungsbeträge seien ggf. durch weitergehende Quotierung der Bewertungen bzw. Punktwerte zu generieren, falls die aus der Begrenzung der Fallwerte auf einen Zuwachs von 5 % resultierende Honoraranteile nicht ausreichend sein sollten. Sollte durch eine solche Quotierung die Fallwertminderung (wieder) auf einen Wert oberhalb von 5 % steigen, führe dies zu keinem weitergehenden Ausgleich. Dementsprechend hätte in der Honorargruppe der Klägerin eine weitergehende Quotierung vorgenommen werden müssen, die zu dem korrekt berechneten Auffüllungsbetrag geführt habe. Es treffe nicht zu, dass aufgrund einer nicht rechtskonformen Aufteilung der Gesamtvergütung aus dem Bereich der Rücklagen es zu einer Fehlverteilung gekommen sei. Zur Verteilung der Gesamtvergütung sei nämlich - wie bisher auch - eine Strukturierung der gesamten Honoraranforderungen unter Beachtung der drei Leistungsbereiche vorgenommen worden. Die Aufteilung der Gesamtvergütungsanteile auf die einzelnen Honorar(unter)gruppen sei dabei auf der Basis der in dem jeweiligen Quartal des Jahres 2004 erfolgten Honorarzahllungen (Prozentanteil bezogen auf die Gesamtvergütungszahlungen der Krankenkassen) erfolgt, wobei zusätzlich bezogen auf die allgemeinen Leistungen in der Honorargruppe 2 die Vorgaben des Trennungsfaktors für die Trennung der Gesamtvergütung in Anteile für die hausärztliche bzw. fachärztliche Versorgungsebene Grundlage der Aufteilung gewesen sei. Um den sich durch die so genannte Ausgleichsregelung gemäß Ziffer 7.5.1 HVV ergebenden Mehrbedarf auszugleichen, sei der Honorarverteilung im Quartal II/05 einmalig ein Betrag von 17.000.000,00 EUR zugeführt worden. Dieser Betrag sei jedoch nicht der Gesamtvergütung, sondern dem Bereich der Rücklagen entnommen worden, um Ausgleichszahlungen für die betreffenden Praxen leisten zu können. Wie dem der korrigierten Quartalsabrechnung II/05 beigelegten Schreiben des Vorstands vom 01.08.2006 bereits zu entnehmen gewesen sei, solle die Rückführung dieses Geldvolumens getrennt nach den einzelnen Honorartöpfen in vier Folgequartalen erfolgen. Dies halte sie für rechtmäßig.

Hiergegen hat die Klägerin am 22.06.2007 die Klage unter weitgehender Wiederholung ihrer Widerspruchsbegründung erhoben. Ergänzend trägt sie vor, durch die Einbeziehung der psychotherapeutischen Leistung und die Kalkulation der Fallpunktzahlen werde allenfalls die Fallpunktzahl für die nicht psychotherapeutisch tätigen Hausärzte ohne sachliche Begründung angehoben. Die Berechnungsweise führe aber bei ihrer Fachgruppe zu einer Reduzierung der durchschnittlichen Fallpunktzahl. Die psychotherapeutischen Leistungen hätten entweder außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden müssen oder es hätte eine abweichende Fallpunktzahl geregelt werden müssen. Bei einer Bewertung zu einem Punktwert von 5,11 Cent, der Kalkulationsgrundlage des EBM 2005, hätte sich bei ihr bezüglich der Leistungen im Regelleistungsvolumen und der Psychotherapie ein Honorar in Höhe von 39.609,65 EUR gegenüber den festgesetzten 18.951,25 EUR im Quartal II/05 bzw. 31.944,47 EUR gegenüber festgesetzten 16.302,42 EUR ergeben. Hilfsweise sei davon auszugehen, dass die psychotherapeutischen Leistungen außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten seien. Die Beklagte hätte hier die Punktwerte von 4,67 Cent im Primärkassen bzw. 4,70 Cent bei den Ersatzkassen zugrunde legen müssen. Weiter Hilfsweise müssten ihre

psychotherapeutischen Leistungen mit einem festen Punktwert von 4,0 Cent bewertet und vergütet werden. Eine Vergleichbarkeit mit ihrer Fachgruppe bestehe nicht. Die psychotherapeutischen Leistungen würden nur durch bestimmte Ärzte erbracht werden. Auch wenn der Anteil der psychotherapeutischen Leistungen mit 15 % nicht als außergewöhnlich hoch zu beurteilen sei, ergebe sich insbesondere im Hinblick auf die probatorischen Sitzungen die Problematik, dass diese Leistungen aufgrund der Vorgaben des Regelleistungsvolumens vollkommen unzureichend vergütet würden. Sie müsse zur Kompensation bei den sonstigen hausärztlichen Leistungen wesentlich weniger Aufwand betreiben und Leistungen erbringen als sonstige Ärzte, die die psychotherapeutischen Leistungen nicht erbrächten. Bei ihrer Patientenstruktur sei dies nicht möglich. Die Steigerungsmöglichkeit von 12 Behandlungsfällen entspreche den Quartalschwankungen. Wenn die Beklagte einen Leistungsanteil von 15 % als nicht nennenswert ansehe, werde bei der Fallzahlsteigerung eine solche um 2 % als Beleg dafür gewertet, dass eine Fallzahlsteigerung möglich sei. Der Honorarverteilungsvertrag sei rechtswidrig. Er entspreche nicht den gesetzlichen Vorgaben. Der Gesetzgeber habe vorgeschrieben, dass arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumen mit festen Punktwerten ab Juli 2004 eingeführt werden müssten. Die von der Beklagten mit den Verbänden der Krankenkassen ausgehandelten Honorarverteilungsverträge legten jedoch keinen festen Punktwert fest, sodass eine den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Honorarverteilung nicht erfolge (vgl. Urteil des Sozialgerichts Stuttgart, Az.: [S 5 KA 2804/06](#)). Im Quartal II/05 habe sie 121, im Quartal III/05 84 Patienten psychotherapeutisch behandelt. Im Durchschnitt seien je Fall 1.443,35 bzw. 1.410,54 Punkte angefallen.

Die Klägerin beantragt,
den Honorarbescheid für das Quartal II/05, abgeändert durch Bescheid vom 02.04.2007, und den Honorarbescheid für das Quartal III/05, beide in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.05.2007 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, sie über ihre Honoraransprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Unter Verweis auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid im Übrigen trägt sie weiter vor, es treffe nicht zu, dass bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens außer Acht geblieben sei, dass psychotherapeutisch tätige Ärzte eine von der Fachgruppe abweichende Patienten- und Leistungsstruktur hätten, da die Leistungen nach den Ziffern 35200 bis 35225 EBM 2005 unberücksichtigt blieben. Eine weitergehende extrabudgetäre Vergütung sehe der Beschluss des Bewertungsausschusses nicht vor. Der Anteil der psychotherapeutischen Leistungen, die dem Regelleistungsvolumen unterlägen, liege im Quartal II/05 bei 108.810,0 Punkten und im Quartal III/05 bei 67.025,0 Punkten. Die Klägerin rechne im Verhältnis zu ihrer Fachgruppe nicht übermäßig viele psychotherapeutische Leistungen ab. Auch die von ihr abgerechneten Fallzahlen belegten ihre vorrangige hausärztliche Tätigkeit. Eine Ausnahmeregelung aus Sicherheitsgründen sei nicht erforderlich, da die Versorgungssituation im Planungsbereich A-Stadt einen entsprechenden Sicherstellungsbedarf nicht abbilde. Es seien weitere Hausärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie niedergelassen, die neben psychologischen Psychotherapeuten, Fachärzten für psychotherapeutische Medizin, Psychiatern usw. die Versorgung sicherstellten. Die Klägerin erbringe nicht übermäßig viele psychotherapeutische Leistungen, so dass eine Vergleichbarkeit mit der Fachgruppe gegeben sei. Die Aufteilung der Vergütungsbereiche werde auch bei Rückführung in die Rücklagen nicht vermisch, da diese getrennt nach Fachgruppentöpfen vorgenommen werde.

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 Widerspruchsbescheides 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.

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 Widerspruchsbescheides vom 23.05.2007 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.

Die Bildung des Regelleistungsvolumens ist nicht zu beanstanden.

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 vergüten sind (Regelleistungsvolumina) (§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird (§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V). Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung (§ 85 Abs. 4 Satz 9 SGB V). Die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 4a Satz 1 getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Vereinbarungen nach Satz 2 (§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V). Dabei bestimmt nach § 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V der Bewertungsausschuss Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 4 SGB V, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind; er bestimmt ferner, erstmalig bis zum 29. Februar 2004, den Inhalt der nach § 85 Abs. 4 Satz 4, 6, 7 und 8 SGB V zu treffenden Regelungen.

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

Die Kammer sieht in diesen Bestimmungen eine verbindliche Vorgabe des Bewertungsausschusses. Dies hat die Kammer bereits für die von der Beklagten vorgenommene und gegen die Vorgaben des Bewertungsausschusses verstoßende Einbeziehung von Dialyseleistungen in die Regelleistungsvolumina festgestellt (vgl. Urteil der Kammer vom 26.09.2007 - S 12 KA 822/06 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris). Die hiergegen eingelegte Berufung hat das Landessozialgericht zurückgewiesen (LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 69/07 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris, Revision anhängig - B 6 KA 31/08 -). Es hat im Einzelnen dargelegt, dass ein Honorarverteilungsvertrag nach der gesetzlichen Fiktion des § 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V aus einem Beschlussteil und dem zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Teil besteht, dass im Falle einer divergenten Regelung den bundeseinheitlichen Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses der Vorrang zu kommt und dass die Vertragspartner des Honorarverteilungsvertrags an die Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses in der Weise gebunden sind, dass sie rechtswirksam keine abweichende Regelung treffen konnten. Hieran hat das Landessozialgericht Hessen in seinem Urteil v. 29.04.2009 - L 4 KA 80/08 - festgehalten und nochmals ausgeführt, die Vertragspartner des HVV seien an die Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses in der Weise gebunden, dass sie rechtswirksam keine abweichenden Regelungen treffen konnten. Dem folgt die Kammer vollumfänglich.

In der Anlage 1 BRLV werden unter den Arztgruppen, für die Arztgruppentöpfe gemäß III.1. BRLV und Regelleistungsvolumen gemäß III.3.1 BRLV berechnet werden, die Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, genannt. Entsprechend hat der HVV auch die Honorar(unter)gruppe A 2.1 gebildet und für diese Vertragsärzte die von der Beklagten zugrunde gelegten Fallpunktzahlen vorgegeben.

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

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

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 -, v. 10.12.2008 - S 12 KA 527/07 -).

Diese Regelungen werden von d. Kl. insoweit angegriffen, als sie der Auffassung ist, die psychotherapeutischen Leistungen hätten entweder außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden müssen oder es hätte eine abweichende Fallpunktzahl geregelt werden müssen. Dem konnte die Kammer nicht folgen.

Der Bewertungsausschuss hat die antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Nr. 35200 bis 35225 EBM 2005 von der Vergütung innerhalb des Regelleistungsvolumens herausgenommen (III.4.2 BRLV). Hieran hat sich die Beklagte gehalten. Insbesondere werden auch die psychotherapeutischen Leistungen nach Nr. 35200 bzw. 35201 EBM 2005 außerhalb des Regelleistungsvolumens und innerhalb des Honorartopfs zu floatenden Punktwerten vergütet. Soweit Ziff. 6.4 Abs. 1 Satz 1 und 2, 4. Spiegelstrich HVV lediglich auf zeitbezogene genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen nach Nrn. 35200 bzw. 35225 verweist, handelt es sich nach Auffassung der Beklagten lediglich um ein Redaktionsversehen und müsse die Bestimmung auf alle Leistungen nach Nrn. 35200 bis 35225 bezogen werden. Damit ist die zur Fachgruppe bestehende Besonderheit, zeitbezogene genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen zu erbringen, ohne Auswirkung auf das Regelleistungsvolumen.

Auf die gänzliche Herausnahme der übrigen psychotherapeutischen Leistungen und insbesondere der probatorischen Sitzungen aus dem Regelleistungsvolumen besteht kein Anspruch. Dies sieht Abschnitt III.4.1 und III.4.2. BRLV nicht vor. Die Kammer hält dies nicht für rechtswidrig – wenn sie dies, insoweit fachkundig mit zwei Ärzten besetzt, auch für sinnvoll hält, da so der Zweck der probatorischen Sitzungen besser erreicht werden kann – und hat dies bereits für Psychotherapeuten, die mehr als 90 % psychotherapeutische Leistungen erbringen, entschieden (vgl. Urteile der Kammer v. 22.10.2008 – [S 12 KA 977/06](#), S 12 KA 56/07 und [S 12 KA 235/07](#) –, jeweils Berufung anhängig: LSG Hessen – [L 4 KA 116/08](#), L 4 KA 115/08 und [L 4 KA 117/08](#); Gerichtsbescheid v. 13.02.2009 – [S 12 KA 353/07](#) –, Berufung anhängig: LSG Hessen – [L 4 KA 36/09](#)). Hieran hält die Kammer fest.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der hier abzuweichen die Kammer keine Veranlassung sieht, war der Bewertungsausschuss nicht verpflichtet, in der ihm obliegenden Normierung von Vorgaben für eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit eine Punktwertstützung auch für die probatorischen Sitzungen nach Nr. 870 EBM a. F. vorzusehen. Der Bewertungsausschuss ist zwar grundsätzlich befugt, inhaltliche Vorgaben für die angemessene Honorierung psychotherapeutischer Leistungen auch für diejenigen Leistungen festzulegen, die nur zeitgebunden und nicht genehmigungsbedürftig sind. Andererseits ist es dem Bewertungsausschuss aber nicht verwehrt, sich darauf zu beschränken, eine Punktwertstützung nur für diejenigen Leistungen vorzugeben, die sowohl zeitgebunden als auch genehmigungsbedürftig sind (vgl. BSG, Ur. v. 29.08.2007 – [B 6 KA 35/06 R](#) – juris Rdnr. 10 ff.). Soweit es aber an einer rechtlichen Vorgabe für einen bestimmten Punktwert fehlt, besteht kein Hindernis, diese Leistungen in das Regelleistungsvolumen einzubeziehen.

Soweit das Bundessozialgericht zunächst in einem obiter dictum der Auffassung war, es sei aber zu beachten, dass die probatorischen Sitzungen zum Kern des Leistungsspektrums der Psychotherapeuten gehörten und bei ihnen deshalb ein beliebiger Punktwertabfall auf Dauer nicht hingenommen werden dürfe (vgl. BSG, Ur. v. 29.08.2007 – [B 6 KA 35/06 R](#) – juris Rdnr. 17), so betrifft dies die hier streitgegenständliche Honorierung der probatorischen Sitzungen. Das Bundessozialgericht hat nunmehr diese Rechtsprechung fortgeführt und aus dieser zentralen Funktion der probatorischen Sitzungen gefolgert, dass die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen der ihr – ab 01.07.2004 gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkassen – obliegenden Ausgestaltung der Honorarverteilungsregelungen für eine substantielle Honorierung dieser Leistungen sorgen müsse. Die für eine sachgerechte psychotherapeutische Versorgung in der einzelnen Praxis notwendige Mindestzahl an probatorischen Sitzungen müsse deshalb so honoriert werden, dass – erforderlichenfalls nach Anwendung von Mengengrenzungsregelungen o. Ä. – jedenfalls die Hälfte des ursprünglich zur Kalkulation herangezogenen Punktwerts von 10 Pfennig (d. h. 2,56 Cent) für solche Leistungen nicht unterschritten werde (vgl. BSG, Ur. v. 28.05.2008 – [B 6 KA 9/07 R](#) – juris Rdnr. 64 f.).

Eine zwingende Herausnahme aus dem Regelleistungsvolumen folgt aus dieser Rechtsprechung nicht.

Soweit das Bundessozialgericht für probatorische Sitzungen einen Mindestpunktwert fordert, gilt dies nach Auffassung der Kammer nur für Psychotherapeuten, die nahezu ausschließlich psychotherapeutische Leistungen erbringen, also zu über 90 % ihrer Leistungen. Nur dann kann davon ausgegangen werden, dass die probatorischen Sitzungen zum Kern des Leistungsspektrums des behandelnden Vertragsarztes gehören. Für Ärzte, die in diesem Sinne "auch" psychotherapeutische Leistungen erbringen, sind diese Leistungen nicht vergleichbar die Berufsausübung prägend. Sie haben auch die Möglichkeit, ihr Leistungsspektrum zu verändern.

Im Übrigen besteht auch kein Anspruch auf eine Ausnahmegenehmigung.

Nach der Ermächtigung in Ziff. 6.3 HVV (letzter Absatz) 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, Urt. 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, Urt. 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, Urt. 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, Urt. 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, Urt. v. 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 1](#), juris Rn. 23; BSG, Urt. 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 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 Praxisschwerpunkten 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 Honorarzahlen 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 Fehlabbildung 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 Ausnahmestatbestand 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.

Im vorliegenden Fall ist ein im Vergleich zur Fachgruppe signifikant atypisches Leistungsgeschehen nicht zu erkennen.

Von den übrigen psychotherapeutischen Leistungen werden Nr. 35100 und 35110 EBM 2005 von etwa der Hälfte der Praxen der Fachgruppe der Klägerin erbracht. Aber auch insgesamt machen diese Leistungen mit 108.810 und 67.025 Punkten im Verhältnis zu den innerhalb des Regelleistungsvolumens abgerechneten Leistungen in Höhe von 709.360,0 und 574.030,0 Punkten nur einen Teil, nämlich 15,3 % und 11,7 % aus. Im Einzelnen:

Quartal II/05 III/05

Fallzahl PK + EK 576 590

Anzahl der Leistungen nach Nr. 35100 (Diff. Klärung, 405 Punkte) 29 8

Anzahl der Leistungen nach Nr. 35110 (Verb. Intervention, 405 Punkte) 68 52

Anzahl der Leistungen nach Nr. 35140 (Biograph. Anamnese, 1.310 Punkte) 4 3

Anzahl der Leistungen nach Nr. 35150 (Probat. Sitzung, 1.495 Punkte) 43 25

Anzahl der Leistungen nach Nr. 35200 (Tiefenps. fund. P., 1.495 Punkte) 25 26

Anzahl der Leistungen nach Nr. 35201 (Tiefenps. fund. P., 1.495 Punkte) 19 14

Punktezahl der Leistungen nach Nr. 35100 (Diff. Klärung, 405 Punkte) 11.745 3.240

Punktezahl der Leistungen nach Nr. 35110 (Verb. Intervention, 405 Punkte) 27.540 21.060

Punktezahl der Leistungen nach Nr. 35131 (Bericht an den Gutachter, 710 Punkte) 0 1.420

Punktezahl der Leistungen nach Nr. 35140 (Biograph. Anamnese, 1.310 Punkte) 5.240 3.930

Punktezahl der Leistungen nach Nr. 35150 (Probat. Sitzung, 1.495 Punkte) 64.285 37.375

Summe 108.810 67.025

Die Kammer verkennt nicht, dass durch die Einbeziehung der genannten Leistungen in das Regelleistungsvolumen die von der Klägerin dargelegte psychotherapeutisch-psychosomatische Schwerpunktsetzung vergütungsrechtlich erschwert wird. Die Kammer vermochte aber keine von der Fachgruppe grundsätzlich abweichende Patientenschaft bei der Klägerin zu erkennen. Die Besonderheit der Erbringung der Psychotherapie wird bereits durch die Herausnahme dieser Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen berücksichtigt. Von daher war die Festsetzung des Regelleistungsvolumens unter dem Gesichtspunkt der von der Klägerin vorgetragenen Besonderheit nicht zu beanstanden.

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 die Klägerin im Quartal II/05 Leistungen nach Ziff. 01100, 01411, 01412, 01420, 01600, 01610, 01612, 01621, 01622, 01623,

03001 und 03005 EBM 2005 und im Quartal III/05 Leistungen nach Ziff. 01100, 01411, 01412, 01420, 01610, 01611, 01612, 01621, 01622, 03001 und 03005 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 hat für die im Einzelnen aufgeführten Leistungen bestimmt, dass diese aus dem Arztgruppentopf zu vergütenden Leistungen und Leistungsarten dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen (III.4.1 BRLV). Wie bereits ausgeführt sind die Vertragsparteien des HVV hieran gebunden und besteht keine Ermächtigung für eine abweichende Regelung. Das bedeutet, dass die in Ziff. III. 4.1 BRLV aufgeführten

Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die nicht den Regelleistungsvolumina unterliegen, nicht unter dem Regime der Regelleistungsvolumina abzurechnen sind (so zutreffend LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008, [aaO.](#), Rdnr. 32).

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

Die Beklagte war berechtigt, im Quartal II/05 Rücklagen der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV zuzuführen. Sie war nicht verpflichtet, die Stützung im Quartal III/05 bis zur Grenze von 95 % durchzuführen.

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. 67 % 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 24.09.2008 – [S 12 KA 352/07](#) –; v. 24.09.2008 – [S 12 KA 467/07](#) –; v. 27.08.2008 – [S 12 KA 513/07](#) –; v. 08.10.2008 – [S 12 KA 409/07](#) –).

Die Beklagte war auch berechtigt, im Quartal II/05 17. Mio. EUR aus den Rücklagen der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV zuzuführen, um eine Aufstockung der Fallwerte im Rahmen der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV bis zur Grenze von 95 % zu ermöglichen. Aufgrund der Entnahme aus den Rücklagen kam es dadurch nicht zu einer Verzerrung der Aufteilung der Gesamtvergütung. Ferner war beabsichtigt, die Rücklagen aus den Honorargruppen wieder in vier Quartalen entsprechend aufzufüllen. Auch ist die Beklagte zur Bildung eines Honorarausgleichsfonds berechtigt (§ 7 Ziff. 7.1 b Satz 2 HVV) (vgl. bereits Urteil der Kammer v. 10.12.2008 – [S 12 KA 527/07](#) –, Berufung anhängig: LSG Hessen – [L 4 KA 18/09](#) –).

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

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

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

Für die hier maßgebliche hausärztliche Versorgungsebene sieht Ziffer 2.1 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.2 HVV vor, dass, reicht der zur Verfügung stehende Anteil am Verteilungsbetrag in einer Honorar(unter)gruppe zur Honorierung der angeforderten Leistungen nicht aus, eine Quotierung aller Honorarforderungen innerhalb des Regelleistungsvolumens und damit des Punktwertes von 4,0 Ct. zu erfolgen hat. Soweit die so festgestellten Quoten um mehr als 15 %-Punkte von der nach gleicher Vorgehensweise über beide Honorar(unter)gruppen gebildeten (mittleren) Quote abweicht, ist, soweit möglich, ein Ausgleich zwischen beiden Honorar(unter)gruppen A 2.1 und A 2.2 mit dem Ziel der Erreichung einer maximalen Abweichung von 15 % Punkten von der mittleren Quote durchzuführen.

Wenn auch einiges dafür spricht, dass die Vorstellung des Gesetzgebers von einer Begrenzung des Leistungsgeschehens durch Regelleistungsvolumina bei gleichzeitig garantiertem Punktwert mit einhergehender Kalkulationssicherheit ausging, so besteht jedenfalls keine rechtliche Garantie für eine bestimmte Höhe des 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.

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](#)).

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

Soweit der HVV erst am 10.11.2005 unterzeichnet und veröffentlicht wurde, wurde er für die Quartale II und III/05 und z. T. auch IV/05 rückwirkend in Kraft gesetzt. Hierbei handelt es sich aber um eine zulässige unechte Rückwirkung (vgl. bereits Urteil der Kammer v. 10.12.2008 - [S 12 KA 527/07](#) -).

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.

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

Einer Begründung bedarf der Honorarbescheid im Hinblick auf [§ 35 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) nur hinsichtlich der wesentlichen Faktoren, die für die Berechnung des Honorars wesentlich sind. Die Vorschrift verlangt nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Vielmehr sind dem Betroffenen nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Dabei richten sich Inhalt und Umfang der notwendigen Begründung nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets und nach den Umständen des einzelnen Falles. Die Begründung braucht sich nicht ausdrücklich mit allen in Betracht kommenden Umständen und Einzelüberlegungen auseinander zu setzen. Es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen kann. Die Verwaltung darf sich deshalb auf die Angabe der maßgebend tragenden Erwägungen beschränken und braucht Gesichtspunkte und Umstände, die auf der Hand liegen oder dem Betroffenen bekannt sind, nicht nochmals ausführlich darzulegen. Bei Honorarbescheiden dürfen die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden. Denn bei ihnen kommt dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut ist bzw. zu dessen Pflichten es gehört, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen. Das erlaubt es den Kassenärztlichen Vereinigungen, auch hinsichtlich der Honorarberechnung entsprechende Kenntnisse, welche von ihr regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet werden, vorauszusetzen und die Begründung ihrer Honorarbescheide hierauf einzustellen. Im Hinblick hierauf hat es das BSG nicht für erforderlich gehalten, dass eine Kassenärztliche Vereinigung alle für die Festlegung einer Honorarbegrenzungsmaßnahme wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen im Bescheid aufführt; es reicht vielmehr aus, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechengang aus dem HVM ergibt (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breith 2005, 817, juris Rdnr. 32 f. m. w. N.).

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

Nach allem war der Klage daher nur 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

2011-02-07