

S 12 KA 241/08

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 241/08

Datum

16.11.2011

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Ziff. III.1 Abs. 2 Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 statuiert eine besondere Beobachtungspflicht. Dieser kommt eine Kassenärztliche Vereinigung schon dann nicht nach, wenn sie die danach erforderlichen Daten nicht erhebt.

Die Vergütung der Psychiater verstößt in den Quartalen II bis IV/05 und II und III/06 im Bereich der KV Hessen nicht gegen den Grundsatz der angemessenen Vergütung.

1. Unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale II bis IV/05 und II und III/06, alle in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 14.05.2008, wird die Beklagte verpflichtet, den Kläger über seine Honoraransprüche für diese Quartale unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Die Beklagte trägt die notwendigen Verfahrenskosten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die fünf Quartale II bis IV/05 und II und III/06.

Der Kläger ist als Facharzt für Psychiatrie mit Praxisstz in A-Stadt seit 1983 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er führt die Zusatzbezeichnung Psychotherapie und war bis 2007 in Praxisgemeinschaft mit einem Arzt für Neurologie, der ebf. die Zusatzbezeichnung Psychotherapie führt, tätig. Die Beklagte setzte mit Honorarbescheiden für die streitbefangenen Quartale das Honorar des Klägers fest, wogegen der Kläger jeweils Widerspruch einlegte. Aufgrund allgemeiner Schwierigkeiten mit der Abrechnung ersetzte die Beklagte die Honorarbescheide für die Quartal II und IV/05 durch einen neuen Honorarbescheid. Die Daten der Honorarbescheide und der Widerspruchseinlegung sowie die einzelnen Festsetzungen bzw. einzelnen Daten zur Honorarfestsetzung sind in nachfolgender Tabelle aufgeführt:

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

Honorarbescheid v. 29.06.2006 22.01.2006 12.08.2006 06.08.2007 26.11.2006 05.02.2007 17.03.2007

Nettohonorar in EUR 25.659,56 26.000,29 22.256,55 25.201,04 25.180,58 27.319,61 21.184,50

Bruttohonorar PK + EK in EUR 24.703,84 25.064,25 20.616,04 24.407,96 24.386,88 25.619,31 20.461,79

Fallzahl PK + EK 601 630 665 700 645

Honorarforderung auf Basis EBM 2005 in EUR 42.082,63 42.103,08 49.220,32 56.614,99 56.614,99 57.827,16 49.620,08

Honorarforderung nach Anwendung HVV in EUR 42.082,63 42.103,08 48.575,92 54.682,67 54.682,67 57.827,16 49.274,74

HVV-Quote RLV allg. oberer Punktwert PK/EK 25,23/25,46 56,50/66,27 26,53/26,95 31,19/33,30 31,15/33,29 36,35/36,69 29,10/29,79

Ziff. 5.2.1 HVV (Fallzahlbegrenzung) - -

Fallzahlgrenze 582 606 615

Fallzahl 593 636 621

Fallzahlüberschreitung 11 30 6

Anerkanntes Honorarvolumen in Punkten 894.082,8 1.029.821,1 918.523,4

Quote in % 98,61 96,46 99,27

Ziff. 6.3 HVV (RLV)

Rechnerischer Fallwert in Punkten 1.108,2 - 1.110,8 1.109,7 1.110,9 1.109,1

Fallzahl 585 588 618 672 620

Fallzahlgrenze 150 % 522 529 528 548 524

Fallzahl, die der Begrenzung unterliegt 63 59 90 124 96

RLV in Punkten 630.842,9 633.809,0 636.766,1 660.826,4 712.086,9 661.023,6

Abgerechnetes Honorarvolumen in Punkten 800.055,0 800.455,0 906.715,0 1.067.594,0 1.075.605,0 925.240,0

Überschreitung in Punkten (in Relation zum RLV/zur Abrechnung) 169.212,1 166.646,0 269.948,9 406.767,6 363.518,1 264.216,4

Ziff. 7.5 HVV (Ausgleichsregelung)

Fallzahl Referenzquartal 632 601 618 700 615

Fallwert Referenzquartal in EUR 41,4826 43,4562 36,1377 41,8576 30,2830 28,7500

Fallzahl aktuell 601 630 665 700 645 Fallwert aktuell in EUR 27,8773 27,6781 28,8574 34,2226 34,1919 41,2625 31,9240

Auffüll-/Korrekturbetrag pro Fall in EUR 11,5312 13,6053 - - - - 8,1076 - 3,3059

Auffüll-/Korrektur betrag gesamt in EUR 6.930,25 8.176,79 - - - - 5.675,31 - 2.132,32

Widerspruch eingelegt am 20.02.2006 01.11.2006 06.02.2007 18.04.2007 31.05.2007

Zur Begründung seines Widerspruchs für das Quartal II/05 trug der Kläger vor, die Abrechnung sei formal nicht nachvollziehbar. Es liege ein eklatanter Verstoß gegen das Gleichheitsgebot nach [Artikel 3 GG](#) in Verbindung mit [Artikel 12 GG](#) vor. Betrachte man die reale, auf den Fall bezogene Vergütung, so betrage der Punktwert weniger als 3 Cent im Vergleich zu 7,99 Cent bei der hausärztlichen Vergütung (unter Berücksichtigung extrabudgetärer Leistungen, die bei seiner Fachgruppe nicht mehr möglich seien). Das führe zu einer wirtschaftlichen Notlage seiner Praxis. Wirtschaftliches Arbeiten wäre bei einem Fallwert von 50,00 bis 80,00 EUR gegeben, der jetzt errechnete Wert liege unter 30,00 EUR. Durch die Punktwertstützung der überwiegend psychotherapeutisch tätigen Psychiater, die allein durch seine Fachgruppe erfolge, entstünden weitere unverhältnismäßige Verwerfungen. Er wende sich auch gegen die rechtlich unklare und sehr einseitige Stützung der Gemeinschaftspraxen. Für das Quartal III/05 verwies er auf die Gründe für das Quartal II/05 und führte weiter aus, es liege eine durch nichts begründbare und durch nichts zu rechtfertigende Umverteilung der Geldmengen zu Ungunsten seiner Fachgruppe vor, die für ihn zu einer Existenz bedrohenden Unterbezahlung geführt habe. Es sei ihm nicht nachvollziehbar, weshalb eine Überzahlung stattgefunden haben soll. Zur Begründung seiner Widersprüche für die übrigen Quartale nahm er zunächst Bezug auf seine bisherigen Ausführungen. Weiter führte er im Bezug auf alle Quartale aus, der Honorarverteilungsvertrag verstoße gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Jede Arztgruppe müsse die Chance haben, eine den anderen Arztgruppen vergleichbare Vergütung zu erhalten. Es dürften nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihrer Anteile absicherten oder sogar vergrößerten. Das Honorar seiner Fachgruppe müsse bereits für die Jahre 2000 bis 2004 um 23,5 bis 34,0 % angehoben werden, für das Jahr 2005 um 40,6 %. Die Berechnungen basierten auf den Kosten-Strukturanalysen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Auf das Jahr 2004 bezogen sei die Vergütung der Honorargruppe der Psychiater um bis zu 13,1 % im Jahr 2005 reduziert worden. Auch im Jahr 2006 habe eine Reduktionsvergütung um 3,2 % bis 9,5 % vorgelegen. Im gleichen Zeitraum seien die Fallzahlen um ca. 35 % im Zeitraum der Jahre 2000 bis 2005 gestiegen. Dies sei letztlich auch darauf zurückzuführen, dass wesentliche Leistungen aus dem stationären Sektor in den ambulanten Sektor verlagert worden seien. Die Honorarbescheide seien rechtswidrig, weil keine Vergütung zu einem Punktwert von 5,11 Cent erfolge. Es sei ein Rückgang der Fallwerte bei gleichen Leistungen um bis zu 42,5 % festzustellen. Angesichts einer in der Fachgruppe eher günstigen Kostenstruktur mit einem Kostenanteil in Höhe von ca. 49 % seien diese Leistungen nicht mehr kostendeckend zu erbringen. Ein wesentlicher Teil der Leistungen sei lediglich zum unteren Punktwert vergütet worden. Insgesamt seien in der Fachgruppe Leistungen in einem Umfang von 36,8 % bis 41,4 % lediglich zum unteren Punktwert vergütet worden. Dies deute auf einen strukturellen Fehler im Honorarverteilungsvertrag bezüglich der Bestimmungen zum Regelleistungsvolumen hin. Während im Jahr 2004 noch ein Gewinn von 78.497,00 EUR erzielt worden sei, sei dieser im Jahr 2005 auf 74.682,49 EUR zurückgegangen. Es seien jedoch noch nicht die tatsächlichen Honorare berücksichtigt worden. Im Jahr 2006 sei lediglich ein Gewinn von 52.196,98 EUR aus der gesamten ärztlichen Tätigkeit erzielt worden. Es sei mithin ein Rückgang um nahezu ein Drittel festzustellen. Die Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV sei rechtswidrig. Es sei keine Härtefallprüfung durchgeführt worden. Soweit eine Kürzung erfolgt sei, sei der zunächst geleistete Stützungsbetrag nicht einbezogen worden. Die Leistung eines festen Punktwertes für das Regelleistungsvolumen sei nicht erfolgt. Es sei zu bezweifeln, dass die Beklagte das Regelleistungsvolumen richtig berechnet habe. Sie habe die Honorartöpfe in Höhe von 80 % bis 90 % als Ausgangswerte genommen. Der Bewertungsausschuss spreche aber von einem Leistungsbedarf in Punkten, nicht in Euro als Ausgangsbasis. Trotz der Verlagerung wesentlicher Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor sei ein Rückgang der Vergütung seiner Fachgruppe festzustellen. Ein Vergleich z. B. mit der Gruppe der Gynäkologen zeige, dass bei dieser Fachgruppe ein Zuwachs von 4 % festzustellen sei. Dies sei sachlich nicht zu begründen. Tatsächlich gelangten Punktwerte von lediglich 1,766 Cent zur Auszahlung. Bezogen auf den Punktwert von 5,11 Cent liege eine Vergütung auf einem Niveau von 34 % vor. Im Wesentlichen handele es sich um zeitgebundene Leistungen, die eine beschleunigte Erbringung oder Fallzahlsteigerung nicht zuließen.

Die zunächst für die Quartale I und IV/06 eingelegten Widersprüche zog der Kläger nach dem Hinweis der Beklagten, diese Widersprüche seien verfristet, zurück.

Die Beklagte verband alle Widerspruchsverfahren und wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 14.05.2008 als unbegründet zurück. Darin führte sie aus, die Honorarbescheide seien formell rechtmäßig. Sie seien ausreichend begründet. Sie seien auch materiell rechtmäßig. Die Regelungen im Honorarverteilungsvertrag stünden nicht im Widerspruch zu den gesetzlichen Vorgaben. Basis zur Ausstattung der Honorartöpfe sei für die entsprechenden Quartale in den Jahren 2005 und 2006 der jeweilige Honoraranteil aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2004 nach Durchführung der Stützung. Soweit die Gesamtvergütung nicht ausreiche, müsse eine Quotierung erfolgen. Weichten die festgestellten Quoten um mehr als 15 % von der mittleren Quote für alle Honorar(unter)gruppen ab, so müsse ein Ausgleich erfolgen. Eine Stützung anderer Facharztgruppen durch die Fachgruppe der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30 % sei in den verfahrensgegenständlichen Quartalen erfolgt. Es sei hinzunehmen, dass bei einem Mengenzuwachs der Auszahlungspunktwert sinke. Soweit die Fachgruppe der Gynäkologen tatsächlich einen Honorarzuwachs zu verzeichnen gehabt habe, so finde dies seinen sachlichen Grund im Anstieg der Präventionsleistungen, die extrabudgetär vergütet würden. Eine Ungleichbehandlung sei nicht festzustellen. Der Kläger sei der Fachgruppe der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit Leistungsanteil an Richtlinien-PT im Vorjahresquartal von höchstens 30 % zuzuordnen. Für diese Fachgruppe seien folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen festgelegt:

RLV-Fallpunktzahl

Primärkassen Ersatzkassen

Altersgruppen der Patienten in Jahren: 0 – 5 6 – 59 – 60 0 – 5 6 – 59 – 60

Fallpunktzahl lt. HVV 1.084 1.069 1.114 1.185 1.153 1.264

Die Bestimmung der Fallpunktzahlen entspreche den Vorgaben des Bewertungsausschusses. Bei Überschreitung des Regelleistungsvolumens erfolge noch eine Bewertung zu einem unteren Punktwert. Ein Floaten um +/- 10 % um einen mittleren Punktwert sei nicht vorgesehen. Eine Ausnahmeregelung komme nur aus Gründen der Sicherstellung 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. Im Planungsbereich ZQ. seien weitere Psychiater und Psychotherapeuten niedergelassen, die mit anderen Fachgruppen die Versorgung sicherstellten. Die Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV sei korrekt umgesetzt und berechnet worden. Der Bewertungsausschuss habe mit seinem Beschluss vom 29.10.2004 auch beschlossen, dass der ursprüngliche Punktwert von 5,11 Cent nicht zum Ansatz komme. Für einen solchen Punktwert habe auch die vereinbarte Gesamtvergütung nicht ausgereicht. Ein Verstoß gegen den Grundsatz der "angemessenen Vergütung" liege nicht vor. Weder die Höhe des Ordinationskomplexes noch die Höhe der Fallpunktzahlen bei Gemeinschaftspraxis sei rechtswidrig.

Hiergegen hat der Kläger am 23.06.2008 die Klage erhoben. Zur Begründung verweist er auf sein Vorbringen im Widerspruchsverfahren. Ergänzend trägt er vor, er sei weiterhin der Auffassung, dass die Vergütung mit einem Punktwert von bis zu 1,766 Cent völlig unzureichend sei. Nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses dürfe von der mittleren Quote der Punktwerte nur um maximal 10 % abgewichen werden. Eine Verlagerung der Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor ergebe sich aus dem IGES-Gutachten, das er zur Gerichtsakte gereicht hat. In dem Gutachten komme zum Ausdruck, dass aufgrund der Psychiatrie-Reform es zu einer Leistungsverlagerung aus dem stationären in den ambulanten Sektor gekommen sei. Dies werde jedoch bei der Verteilung der Gesamtvergütung ebenso wenig berücksichtigt wie bei der Bemessung der Gesamtvergütung. Insbesondere die operativen Fächer hätten wesentliche Leistungen extrabudgetär vergütet bekommen, während ein finanzieller Ausgleich im Rahmen der Fachgruppentöpfe der Gruppe der Psychiater nicht festzustellen sei. Während die Gesamtvergütung im Vergleich der Jahre 2004 bis 2006 um 2,25 % angestiegen und auch im budgetierten Bereich der Gesamtvergütung ein Anstieg von 0,65 % festzustellen sei, sei im Vergleich dazu das Honorar der Arztgruppe der Psychiater mit Psychotherapieanteil von unter 30 % und über 30 % um 6,4 % gesunken. Dies zeige auch einen Fallwertverlust. Die Überschreitung des Regelleistungsvolumens durch die Fachgruppe um ca. 40 % zeige, dass dieses unzureichend bemessen sei. Es bestehe eine Beobachtungspflicht der Beklagten, wenn erhebliche Abweichungen vom Durchschnittshonorar festzustellen seien. Sein Gewinn im Jahre 2006 in Höhe von 52.196,98 EUR weiche um mehr als 15 % von einem angenommenen Durchschnittshonorar ab. 75 % der Gesamteinnahmen entfielen auf das vertragsärztliche Honorar. Bei einem Gewinn aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Höhe von 40.225,20 EUR führe dies zu einem monatlichen Gewinn in Höhe von 3.352,10 EUR. Auch der Bundesverband Deutscher Nervenärzte gelange zu einer Unterschreitung in Höhe von 28,9 %.

Der Kläger beantragt,

die Honorarbescheide für die Quartale II bis IV/05 und II und III/06, alle in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 14.05.2008, aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihn über seine Honoraransprüche für diese Quartale 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, die Verteilung der Gesamtvergütung sei entsprechend den Vorgaben des Honorarverteilungsvertrages erfolgt. Eine Beobachtungspflicht bestehe nur dann, wenn dem Honorartopf nur eine geringe Anzahl von Leistungserbringern zugeordnet und der betroffene Bereich in besonderem Maße von Leistungsausweitungen durch den medizinisch-technischen Fortschritt betroffen sei. Hierfür bestünden keinerlei Anhaltspunkte. Die Bildung von Regelleistungsvolumina sei nicht zu beanstanden. Den oberen RLV-Punktwert könne sie quotieren. Es bestehe kein Anspruch auf einen Punktwert von 5,11 Cent. Eine Verletzung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit sei nur in eng begrenzten Ausnahmefällen in Erwägung zu ziehen. Der dem Gesetzgeber obliegende Gestaltungsspielraum sei weit und halte sich im Rahmen der grundgesetzlichen Vorgaben des Gleichheitssatzes, solange die Regelungen nicht insgesamt dazu führten, dass Praxen nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden könnten. Ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf eine höhere Vergütung außerhalb dieses Rahmens existiere nicht und könne daher von dem Kläger nicht beansprucht werden. Das Honorar des Klägers liege über dem Durchschnitt der Fachgruppe. Weder sei ein Verfall des Honorars der Fachgruppe zu erkennen, noch sei die Honorierung derart niedrig, dass eine Gefährdung der vertragsärztlichen Versorgung drohe. Die Fachgruppe der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie habe zugenommen. Die Steigerung der Arztzahlen sei ein gewichtiges Indiz dafür, dass die klägerische Arztgruppe angemessen vergütet werde. Auf die Einkommensverhältnisse des Klägers komme es nicht an. Über alle Honorar(unter)gruppen sei ein Rückgang des Ordinationskomplexes nach Ziffern 21210 bis 21212 EBM 2005 im Vergleich der Quartale II/05 und II/06 zu verzeichnen. In der Honorar(unter)gruppe des Klägers sei die Abrechnung des Ordinationskomplexes von 20.360 auf 23.258 Leistungen angestiegen, also um 2.898 Leistungen. Vom Quartal III/05 zum Quartal III/06 seien 2.610 Leistungen mehr abgerechnet worden. Dies spreche gegen eine ernsthafte Gefährdung der psychotherapeutischen Leistungen und gegen die Annahme einer Beobachtungs- und Reaktionspflicht.

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

Entscheidungsgründe:

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

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

Die Klage ist auch begründet. Die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale II bis IV/05 und II und III/06, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.05.2008, sind rechtswidrig und waren daher abzuändern. Die Beklagte ist verpflichtet, den Kläger über seine Honoraransprüche für diese Quartale unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale II bis IV/05 und II und III/06, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.05.2008, sind rechtswidrig. Die Honorarbescheide für die Quartale II und III/06 sind rechtswidrig, weil die Beklagte einen Korrekturbetrag nach Ziff. 7.5 HVV in Höhe von 5.675,31 EUR bzw. 2.132,32 EUR festgesetzt hat. Alle Honorarbescheide sind ferner deshalb rechtswidrig, weil die Beklagte in unzulässiger Weise entgegen der Vorgaben des Bewertungsausschusses Leistungen in das Regelleistungsvolumen einbezogen hat. Ferner hat die Beklagte bei einer Neubescheidung die spezifischen Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Beobachtungspflicht zu beachten. Sie hat auch zu berücksichtigen, dass nach Durchführung der 15 %-Stützungsregelung keine weitere Verminderung des Punktwertes insoweit durchgeführt wird, als der Punktwert dann unter diese Grenze sinkt. Vor einer Neubescheidung sind ferner die Regelleistungsvolumina im HVV an die Vorgaben des Bewertungsausschusses anzupassen. Im Übrigen sind die Honorarbescheide aber nicht zu beanstanden. Die weiter von dem Kläger vorgebrachten Einwände vermochten eine Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide nicht zu begründen.

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, ist Grundlage für die Abrechnung der erbrachten vertragsärztlichen Leistungen der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), die dazu ergänzend ergangenen Beschlüsse des Bewertungsausschusses sowie die zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Abrechnungsbestimmungen in der jeweils gültigen Fassung vorbehaltlich abweichender Regelungen im Rahmen dieser Vereinbarung (§ 2 Abschnitt 2.1 Abs. 1 Satz 1 HVV).

Das Bundessozialgericht hat zwischenzeitlich entschieden, dass der HVV ab dem Quartal II/05 insoweit rechtswidrig ist, als bestimmte Leistungen entgegen den Vorgaben des Bewertungsausschusses im Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) (Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 46 vom 12.11.2004, Seite A-3129, im Folgenden: BRLV) in die jeweiligen RLV einbezogen wurden. Die Ausgleichsregelung in Ziff. 7.5 HVV ist rechtswidrig, soweit diese Honorarminderungen vorsah (vgl. BSG, Urt. v. 18.08.2010 - [B 6 KA 27/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 58 = [GesR 2011, 304](#) = Breith 2011, 415 = USK 2010-95, zitiert nach juris; Parallelverfahren: B 6 KA 16, 25, 26, 28/09 R). Von daher sind die Honorarbescheide für die Quartale II und III/06 bereits deshalb rechtswidrig, weil die Beklagte einen Korrekturbetrag nach Ziff. 7.5 HVV in Höhe von 5.675,31 EUR bzw. 2.132,32 EUR festgesetzt hat. Alle Honorarbescheide sind rechtswidrig, weil die Beklagte in unzulässiger Weise entgegen der Vorgaben des Bewertungsausschusses Leistungen in das Regelleistungsvolumen einbezogen hat. Die Beklagte hat 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. Für den Kläger sind dies z. B. im Honorarbescheid für das Quartal II/05 Leistungen nach Nr. 01100, 01101, 01102, 01210, 01411, 01600, 01601, 01602, 01605, 01610, 01612, 01620, 01621, 01622 EBM 2005. Aufgrund der rechtswidrigen Einbeziehung der Leistungen in das Regelleistungsvolumen sind auch die Fallpunktzahlen des Regelleistungsvolumens fehlerhaft berechnet worden. Die Beklagte hat insofern eine korrigierte Berechnung vorzunehmen. Insoweit hat die Beklagte zwischenzeitlich eine Ergänzungsvereinbarung vom 15.09.2011 zu den Honorarverteilungsverträgen im Zeitraum 01.04.2005 bis 31.12.2008, veröffentlicht in info.doc Nr. 5, Oktober 2011, geschlossen, in der sie, soweit hier von Bedeutung, entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses den HVV geändert hat. Die Beklagte hat aber darüber hinaus noch die bisherigen Regelleistungsvolumina anzupassen. Die Leistungen nach Ziff. 4.1 BRLV sind bei der Bemessung der Regelleistungsvolumina nicht zu berücksichtigen. Dies folgt eindeutig aus den Vorgaben des Bewertungsausschusses und der bisherigen sozialgerichtlichen Rechtsprechung. Die Nichtbeachtung dieser Vorgaben des Bewertungsausschusses führt zur Rechtswidrigkeit und damit Nichtigkeit der bisher vereinbarten Regelleistungsvolumina. Von daher müssen die Regelleistungsvolumina neu vereinbart werden. Dies hat die Beklagte nachzuholen.

Soweit die Beklagte davon ausgeht, dass das Belassen der alten Regelleistungsvolumina für die Ärzte günstiger sei, so vermag dem die Kammer nicht zu folgen. Es ist zu bezweifeln, dass die von der Beklagten bzw. den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages gewählte Lösung hinsichtlich der Punktzahlvolumina für alle Ärzte gleichermaßen begünstigend ist. In dem Fall, dass größere Regelleistungsvolumina gewährt werden, muss in der Tendenz der Punktwert sinken. Dies bedeutet aufgrund des geringeren Punktwerts u. U. für die Ärzte, die die Regelleistungsvolumina nicht ausschöpfen, im Ergebnis ein geringeres Honorar, das sie nicht durch eine vermehrte Abrechnung von Leistungen zum sog. oberen Punktwert kompensieren können. Sollte die Beklagte daher den rechtswidrigen Zustand im HVV aufrechterhalten, so hat sie dem Kläger anhand einer nachvollziehbaren Vergleichsberechnung darzulegen, dass auch er durch ihr Vorgehen nicht benachteiligt wird. Andernfalls wird der Kläger jedenfalls erneut in seinen Rechten verletzt und beschwert.

Die Beklagte ist ferner ihrer Beobachtungspflicht nicht hinreichend nachgekommen.

Nach Ziff. III.1 2. Absatz BRLV ist eine Anpassung der Arztgruppentöpfe im Rahmen der Honorarverteilung dann in den Folgequartalen (ggf. in Schritten) notwendig, wenn der für eine Arztgruppe gemäß Anlage 1 für das Vorquartal ermittelte rechnerische Punktwert (Vergütung für Leistungen des Regelleistungsvolumens im Arztgruppentopf zu Leistungsbedarf in Punkten für Leistungen des Regelleistungsvolumens (Leistungsbedarf im Regelleistungsvolumen und Leistungsbedarf, der über das Regelleistungsvolumen hinausgeht)) den über alle Arztgruppen eines Versorgungsbereichs gleichermaßen (ohne Berücksichtigung der Arztgruppentöpfe) ermittelten durchschnittlichen rechnerischen Punktwert um mehr als 10 % über- oder unterschreitet. Diese Regelung unterscheidet sich grundlegend von der 15 %-Regelung im HVV. Für die hier maßgebliche fachärztliche Versorgungsebene sieht Ziff. 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziff. 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. Der HVV enthält damit ein Instrumentarium zur Gewährleistung eines Punktwertes mit einer nicht mehr als 15 %igen Schwankungsbreite über alle von den RLV betroffenen Facharztgruppen (vgl. BSG, Urt. v. 08.12.2010 [B 6 KA 42/09 R](#) - USK 2010-174, juris Rdnr. 23). Die Unterschiede beider Regelungen bestehen darin, dass Ziff. III.1 2. Absatz

BRLV nur eine Beobachtungspflicht statuiert, die ggf. in den Folgequartalen zur Aufstockung der Honorartöpfe führt, während Ziff. 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziff. 7.2 HVV zwingend vorsieht, im aktuellen Quartal unmittelbar eine Aufstockung der Honorartöpfe vorzunehmen, ferner ist die Grenze nach Ziff. III.1 2. Absatz BRLV mit 10 % enger als die des HVV. Insbesondere aber bezieht Ziff. III.1 2. Absatz BRLV auch die Leistungen ein, die zum sog. unteren Punktwert vergütet werden, wohingegen Ziff. 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziff. 7.2 HVV nur die Leistungen, die zum sog. oberen Punktwert vergütet werden, einbezieht. Ziff. III.1 2. Absatz BRLV erfasst damit das Verhältnis der Leistungsausweitungen einer Fachgruppe zur Gesamtentwicklung. Solche Leistungsausweitungen müssen nicht zwangsläufig aus dem sog. Hamsterradeffekt entstehen, also aufgrund von Leistungsausweitungen innerhalb der Fachgruppe, die nicht in erster Linie medizinischen Notwendigkeiten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots geschuldet sind. Sie können auch einem vermehrten tatsächlichen Leistungsbedarf geschuldet sein, so z. B. dem vom Kläger vorgetragenen Umstand einer Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich. Wegen der Unterschiedlichkeit der Gründe wird daher kein zwingender Mechanismus eingebaut, sondern eine Beobachtungspflicht, die bei Vorliegen der genannten Veränderungen zur Entscheidung über eine evtl. Aufstockung zwingt. Die Beklagte ist aber ihrer Beobachtungspflicht schon deshalb nicht nachgekommen, weil sie diese Daten offensichtlich überhaupt nicht erhebt. Die Kammer hat der Beklagten bereits mit Beschluss vom 06.10.2010 aufgegeben darzulegen, wie sie Ziff. III.1 2. Absatz BRLV umgesetzt hat. Soweit die Beklagte erstmals in der mündlichen Verhandlung am 16.11.2011 auf den von ihr erfundenen "Anpassungsindex" ab dem Quartal I/06 hingewiesen hat, wobei sie nicht nachweisen konnte, ob dieser wenigstens auf einem Vorstandsbeschluss basiert, so betrifft dieser einen anderen Sachverhalt und kann die Beobachtungspflicht nach Ziff. III.1 2. Absatz BRLV nicht ersetzen. Nach den Erläuterungen der Beklagten wird mit dem Anpassungsindex das Verteilungsvolumen im aktuellen Quartal mit dem entsprechenden Quartal des Jahres 2004 verglichen, das Jahr 2004 ist maßgeblich für die Bemessung der Honorartöpfe. Ergibt sich bei einem Vergleich, dass das Verteilungsvolumen im aktuellen Quartal um 5% gesunken ist, dann erfolgt eine Auffüllung, wenn diese Honoraruntergruppe mindestens 90% der Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen rekrutiert. Damit soll ausgeschlossen werden, dass z. B. Gruppen, die einen Großteil des Honorars im Bereich des ambulanten Operierens generieren, auch in diese Regelung einbezogen werden. Es wird in jedem Fall auf 95% aufgefüllt. Damit wird aber gerade nicht der Leistungsbedarf, der über das Regelleistungsvolumen hinausgeht, zwingend in die Beobachtung einbezogen, auch werden ganz andere Vergleichsmaßstäbe gebildet.

Die Beklagte hat auch zu berücksichtigen, dass nach Durchführung der 15 % Stützungsregelung keine weitere Verminderung des Punktwertes insoweit durchgeführt wird, als der Punktwert dann unter diese Grenze sinkt. Hierzu hat sie die Interventionsschwelle von 85% des durchschnittlichen Punktwertes nach Ziff. 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziff. 7.2 HVV, für den Primär- und Ersatzkassenbereich zu ermitteln und den tatsächlich gezahlten Punktwerten, nicht bloß dem sog. oberen Punktwert gegenüberzustellen. Sollte der tatsächlich gezahlte Punktwert die Interventionsschwelle unterschreiten, hat sie einen Ausgleich bis zur Interventionsschwelle herbeizuführen.

Steuerungsmaßnahmen können im Ergebnis eine Veränderung der EBM-Bewertung herbeiführen. Eine solche Veränderung geht z. B. mit der Bildung von Honorartöpfen mit unterschiedlichen Punktwerten einher, die bisher von der Rechtsprechung als zulässig angesehen worden sind (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.1996 - [6 RKA 68/94](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#) = [BSGE 77, 288](#) = USK 9686 = [NZS 1996, 636](#) = [MedR 1997, 40](#) = [NWJ 1997, 822](#), juris Rdnr. 18 ff.; BSG, Urt. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 51/97 R](#) - USK 99101, juris Rdnr. 14 m.w.N.). Folge einer arztgruppenbezogenen Honorarverteilung ist, dass dies zu unterschiedlichen Punktwerten für dieselbe Leistung bei verschiedenen Arztgruppen führen kann, was grundsätzlich hinzunehmen ist (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.1996 - [6 RKA 61/94](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 10](#) = [BSGE 77, 279](#) = Breith 1997, 175 = USK 9688, juris Rdnr. 22 m.w.N.). Das Bundessozialgericht hat zunächst als Begrenzung eines Punktwertverfalls für Honorartöpfe, die für Leistungen gebildet werden, die Ärzte nur auf Überweisung hin erbringen können und bei denen ihnen eine Mitverantwortung für eine Mengenausweitung und damit ein Punktwertabfall nicht zugerechnet werden kann, entwickelt, dass im Regelfall Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung besteht, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um 15 % oder mehr niedriger ist als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen (vgl. BSG, Urt. v. 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#) = [BSGE 83, 1](#) = [NZS 1999, 366](#) = Breith 1999, 755 = [MedR 2000, 150](#) = USK 98175, juris Rdnr. 17). Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gehalten, korrigierend einzugreifen, wenn bei festen Honorarkontingenten, die für verschiedene Leistungsbereiche gebildet werden, die Punktwerte einer Arztgruppe für eine längere Zeit um 15 % oder mehr hinter dem Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen zurückbleiben. Dies gilt aber nur, wenn die Ärzte dafür nicht verantwortlich sind, vielmehr z.B. eine Mengenausweitung auf Grund vermehrter Überweisungen durch andere Vertragsärzte vorliegt. Dabei darf die Kassenärztliche Vereinigung eine gewisse Zeit abwarten und beobachten und muss nur reagieren, wenn vom Umsatz her wesentliche Leistungsbereiche einer Arztgruppe betroffen sind (vgl. BSG, Urt. v. 28.01.2004 - [B 6 KA 52/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 8](#) = [BSGE 92, 87](#) = [MedR 2004, 396](#) = Breith 2004, 827 = USK 2004-121, juris Rdnr. 47). Diese Rechtsprechung hat das Bundessozialgericht dahingehend fortentwickelt, dass generell eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht gilt, die eine Verpflichtung zum Eingreifen begründet, wenn sich bei einer Arztgruppe ein honorarmindernd wirkender dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 % unter das sonstige Durchschnittsniveau ergibt, von dem Punktwertabfall ein wesentlicher Leistungsbereich betroffen ist, die dem Punktwertabfall zugrunde liegende Mengenausweitung nicht von der Arztgruppe selbst zu verantworten ist und die Honorarrückgänge in dem wesentlichen Leistungsbereich nicht durch andere Effekte kompensiert werden (vgl. BSG, Urt. v. 29.08.2007 - [B 6 KA 43/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 40](#) USK 2007-78, juris Rdnr. 20; BSG, Beschl. v. 17.09.2008 - [B 6 KA 62/07 B](#) -, juris Rdnr. 10).

Es kann hier dahingestellt bleiben, ob sich bereits aus dieser auf dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit beruhenden Rechtsprechung ein Gebot ergibt, in jedem Fall ein Absinken des Punktwerts unter die 15 %-Grenze zu verhindern, da sich die Beklagte mit Ziff. 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziff. 7.2 HVV insofern selbst verpflichtet hat. Zum einen sieht Ziff. 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziff. 7.2 HVV nicht vor, dass der für die Vergleichsberechnung maßgebliche Punktwert nach der Vergleichsberechnung nochmals unter die Interventionsschwelle vermindert werden darf. Vorsorglich weist die Kammer ferner darauf hin, dass es auch gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstößt, einer Arztgruppe Gelder für Stützungsmaßnahmen anderer Arztgruppen zu entziehen, ohne zu gewährleisten, dass deren Punktwerte dann nicht geringer ausfallen. Lediglich für das Quartal II/05 gilt dies für den Kläger nicht, da er durch die Gewährung des Ausgleichsbetrages nach Ziff. 7.5 HVV eine ausreichende Kompensation erhalten hat. Für die übrigen Quartale hat er aber keinen Ausgleichsbetrag erhalten.

Die im Übrigen von dem Kläger vorgebrachten Einwände vermochten eine Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide aber nicht zu begründen.

Nach der weiteren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsprach der HVV der Beklagten im Quartal II/05 mit der Einführung der Regelleistungsvolumina den Vorgaben des Bewertungsausschusses. Es ist nicht zu beanstanden, dass die innerhalb des Regelleistungsvolumens liegenden Honorarforderungen einer Quotierung unterlagen. Auch stehen die Regelungen zur Festlegung von RLV

sowie die Vorschrift zur Höhe des Ordinationskomplexes für Gemeinschaftspraxen mit höherrangigem Recht in Einklang. Das Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) gebietet nicht, dass die Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit bei allen Arztgruppen identisch sein müssen. Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit garantiert kein gleichmäßiges Einkommen aller vertragsärztlich tätigen Ärzte. Bei der Beurteilung, ob die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen einer Arztgruppe unangemessen niedrig ist, sind auch die Einnahmen aus privatärztlicher oder sonstiger Tätigkeit zu berücksichtigen (vgl. BSG, Urt. v. 08.12.2010 - [B 6 KA 42/09 R](#) - USK 2010-174; s. a. LSG Hessen, Urt. v. 17.11.2010 - [L 4 KA 69/08](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.08.2011 - [B 6 KA 10/11 B](#) - [BeckRS 2011, 76241](#)). Soweit die Kammer vormals z. T. eine abweichende Auffassung vertreten hat, gibt sie diese Auffassung auf.

Die Kammer hält die Regelungen zur Bildung von Regelleistungsvolumina, soweit sie hier streitbefangen sind, grundsätzlich für rechtmäßig (vgl. BSG, Urt. v. 08.12.2010 - [B 6 KA 42/09 R](#) - aaO., Rdnr. 14 ff.). 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 BRLV nachgekommen. Darin bestimmt er, dass Regelleistungsvolumina 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 Regelleistungsvolumina 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).

Diese Bestimmungen sind eine verbindliche Vorgabe des Bewertungsausschusses, was die bereits genannte obergerichtliche Rechtsprechung zwischenzeitlich bestätigt hat.

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, u. a. die Fachärzte für Nervenheilkunde, die Fachärzte für Neurologie, die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit Leistungsanteil an Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30 %, die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit Leistungsanteil an Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30 %, die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin genannt. Entsprechend hat der HVV auch die Honorar(unter)gruppe des Klägers (B.22) gebildet und für diese Vertragsärzte die von der Beklagten zugrunde gelegten Fallpunktzahlen vorgegeben, die, wie bereits ausgeführt, noch anzupassen sind.

Gründe für einen Ausnahmefall aufgrund der besonderen Praxisstruktur werden nicht substantiiert vorgetragen und sind der Kammer nicht ersichtlich.

Eine mangelnde Verständlichkeit und Transparenz der Abrechnung liegt nicht vor. Der Honorarbescheid ist ausreichend begründet.

Einer Begründung bedarf der Honorarbescheid im Hinblick auf [§ 35 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) nur hinsichtlich der wesentlichen Faktoren, die für die Berechnung des Honorars wesentlich sind. Die Vorschrift verlangt nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Vielmehr sind dem Betroffenen nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Dabei richten sich Inhalt und Umfang der notwendigen Begründung nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets und nach den Umständen des einzelnen Falles. Die Begründung braucht sich nicht ausdrücklich mit allen in Betracht kommenden Umständen und

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

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

Soweit die Beklagte für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens keinen festen, im Vorhinein fest vereinbarten Punktwert vergütet hat, war dies von der Kammer nicht zu beanstanden (vgl. a. LSG Hessen, Urt. v. 26.08.2009 - [L 4 KA 55/08](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris = [www.lareda.hessenrecht.de](#), und die hierzu ergangene Revisionsentscheidung, BSG, Urt. v. 08.12.2010 - [B 6 KA 42/09 R](#) - aaO., Rdnr. 15).

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. Der Bewertungsausschuss hat insofern zum Inkrafttreten des EBM 2005 keine bindende Vorgabe weder generell noch für einzelne Leistungsbereiche gemacht. 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](#)) (vgl. BSG, Urt. v. 08.12.2010 - [B 6 KA 42/09 R](#) - aaO., Rdnr. 16).

Eine rechtswidrige Benachteiligung der Einzelpraxen gegenüber den Gemeinschaftspraxen war für die Kammer weder im EBM 2005 noch im Honorarverteilungsvertrag zu erkennen. Das Bundessozialgericht hat hierzu zwischenzeitlich entschieden, wovon abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sieht, dass die Privilegierung von Gemeinschaftspraxen (Berufsausübungsgemeinschaften) gegenüber Einzelpraxen bei der Höhe des Ordinationskomplexes und der Regelleistungsvolumina in dem ab dem 01.04.2005 geltenden vertragsärztlichen Vergütungssystem rechtmäßig ist (vgl. BSG, Urt. v. 17.03.2010 - [B 6 KA 41/08 R](#) -; BSG, Urt. v. 08.12.2010 - [B 6 KA 42/09 R](#) - aaO., Rdnr. 18).

Der Kläger kann kein höheres Honorar unter dem Gesichtspunkt der Angemessenheit der Vergütung seiner vertragsärztlichen Leistungen beanspruchen. Ein subjektives Recht auf höheres Honorar aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) i.V.m. [Art. 12 Abs. 1 GG](#) kommt erst dann in Betracht, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (vgl. BSG, Urt. v. 08.12.2010 - aaO. Rdnr. 20 m.w.N.). Anzeichen hierfür sind nicht ersichtlich. Die Zahl der Vertragsärzte in der Gruppe der Psychiater hat sich im Zeitraum I/05 bis III/06, wobei für den Zeitraum II/05 bis III/06 die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit Leistungsanteil an Richtlinien-PT im Vorjahresquartal von höchstens 30 % (VfG 59 01) und von mehr als 30 % (VfG 59-02) addiert werden, nach Angaben der Beklagten wie folgt entwickelt:

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

Anzahl 110 107 111 109 112 116 109

Damit hat sich die Zahl der Vertragsärzte in der Gruppe der Psychiater im Zeitraum I/05 bis III/06 nicht wesentlich verändert. Ein signifikanter Rückgang der Zahl der Ärzte ist in diesem Zeitraum jedenfalls nicht festzustellen.

Im Ergebnis war der Klage daher stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 155 Abs. 1 Satz 1 VwGO](#). Die Kosten des Verfahrens waren im tenorierten Umfang aufzuteilen. Zu berücksichtigen war, dass die Klägerin mit einem Teil ihres Vorbringens unterlegen ist.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2012-02-15