

## L 4 KA 9/06

Land

Schleswig-Holstein

Sozialgericht

Schleswig-Holsteinisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

4

1. Instanz

SG Kiel (SHS)

Aktenzeichen

S 15 KA 255/04

Datum

17.05.2006

2. Instanz

Schleswig-Holsteinisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 9/06

Datum

13.11.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 17. Mai 2006 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt höheres Honorar für Quartale ab III/03. Streitig sind die Rechtmäßigkeit der Honorarbegrenzung auf der Grundlage individueller Punktzahlvolumina (IPZV) gemäß Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten in der ab 1. Juli 2003 gültigen Fassung sowie die Erhöhung der IPZV im Wege einer Härtefallregelung.

Die Klägerin ist eine zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Gemeinschaftspraxis von zwei Augenärzten. Sie übernahm zum 1. Januar 2002 eine bestehende Augenarztpraxis in R. Im Oktober 2001 hatte eine betriebswirtschaftliche Beratung der Klägerin durch die Beklagte stattgefunden. Diese hatte ergeben, dass unter Berücksichtigung von Betriebsausgaben in Höhe von rund 202.500 EUR und Privatentnahmen in Höhe von 142.500 EUR jährlich sowie 10 % Einnahmen aus der PKV ein GKV-Praxisumsatz von rund 340.000 EUR erforderlich sei (im Einzelnen s. Verwaltungsakte Bl. 59–61). Mit Schreiben der Strukturabteilung der Beklagten vom 20. Juni 2002 war der Klägerin auf ihre Ankündigung hin, schwerpunktmäßig ambulante Katarakt-Operationen durchzuführen, mitgeteilt worden, dass sich ein Vergütungsproblem ergebe, da in Schleswig-Holstein bereits sehr viele Katarakt-Operationen ambulant durchgeführt würden. Mit dem normalen Honorar sei nach Angaben der niedergelassenen Augenoperateure eine wirtschaftliche Erbringung dieser Leistungen kaum möglich. Deshalb seien seit 1997 mit den Krankenkassen gesonderte Vereinbarungen zur Vergütung ambulanter Operationen geschlossen worden. Wie es ab dem 1. Juli 2002 mit ambulanten Operationen in Schleswig-Holstein weitergehe, könne bis heute leider nicht gesagt werden. Das ambulante Operieren sei für die ambulanten Operateure weiterhin ungewiss. Ab dem Quartal IV/02 erhalte jede ambulant operierende Praxis in Schleswig-Holstein ein individuelles Leistungskontingent. Dieses werde sich für die Klägerin als neue Praxis ungefähr am Durchschnitt der ambulant operierenden Augenarztpraxen orientieren. Die Beklagte hatte außerdem darauf hingewiesen, dass die Klägerin einen der größten Anbieter von ambulanten Katarakt-Operationen in Schleswig-Holstein, Dr. W, als Nachbarn habe. Unter all diesen Rahmenbedingungen bleibe es für ambulante Operateure riskant, weitere Leistungen ohne garantierten Vergütungszuwachs durch die Krankenkassen zu erbringen.

Die Abgeordnetenversammlung der Beklagten beschloss in der Sitzung am 11. Juni 2003 mit Wirkung zum 1. Juli 2003 eine Änderung des § 12 HVM. Dieser sieht für den fachärztlichen Bereich für die in § 12.3.2.a) HVM unter Nr. 1) bis 21) aufgeführten Arztgruppen, u.a. die Augenärzte (Nr. 2), (wie bisher) die Unterteilung der nach Absatz 1 verbleibenden fachärztlichen Gesamtvergütung in Honorarkontingente und in § 12.3.3.b.) HVM für die Verteilung der im Kontingent verbleibenden Honorare der in § 12.3.2.a.1) bis a.16) HVM genannten Arztgruppen die Vergütung unter Zugrundlegung individueller Punktzahlvolumina nach § 12.4 vor. In § 12.4 HVM ist im Wesentlichen geregelt, dass jeder Praxis ein individuelles Punktzahlvolumen für Primär- und Ersatzkassen zugeordnet wird und dass Leistungen innerhalb der Punktzahlvolumina (sog. Referenzleistungen) bzw. Puffer (Ausgleich von Über- und Unterschreitungen der IPZV über die Kassenarten) mit einem Referenzpunktwert vergütet werden, der um 4,5 Cent beträgt, überschreitende Punktzahlanforderungen (sog. Mehrleistungen) mit einem floatenden Punktwert, welcher maximal 1,0 Cent beträgt (§ 12.4 Allgemeine Erläuterungen). Die Höhe des IPZV wird quartalsweise bestimmt und richtet sich bei Praxen, die in 2001 und 2002 keinen Statuswechsel vollzogen haben, in den sog. Startquartalen (Quartale III/03 bis II/04) nach dem Honorar in dem entsprechenden Quartal entweder in 2001 oder 2002 (sog. Bestregelung), allerdings beschränkt auf die Punktzahlsumme des Bestjahres, im Übrigen nach den jeweiligen Honoraren im Jahr 2002. Der Honorarumsatz der Praxis in dem so definierten Vergleichszeitraum, bereinigt um bestimmte Leistungen und dividiert durch den Zielpunktwert von 4,5 Cent, ergibt die einer Praxis zustehende Punktmenge. Diese wird für die Startquartale jeweils um 3 % reduziert zur Sicherung des Zielpunktwerts in Bezug auf Effekte wie neue Praxen sowie die Finanzierung der Mehrleistungen (zu allem: § 12.4.2. HVM). § 12.4.4. enthält Sonderregelungen für

Praxisneugründungen und -übernahmen sowie für veränderte Praxisstrukturen. Gemäß § 12.4.4.b) HVM gilt bei Übernahme einer unterdurchschnittlichen Praxis die Sonderregelung für neue Praxen nach § 12.4.4.a) entsprechend, allerdings über einen Zeitraum von 12 anstelle von 20 Quartalen. § 12.4.4.a) enthält eine Regelung für neu gegründete Praxen. Danach erhalten neu gegründete Praxen bis zur Zuordnung von Punktzahlvolumina die anerkannten Punktzahlanforderungen bis zur Obergrenze des durchschnittlichen Gesamtvolumens je Arzt der Arztgruppe als Referenzleistungen und darüber hinaus als Mehrleistungen vergütet. Beim erstmaligen Erreichen der "Durchschnittlichkeit" erfolgt eine Festlegung der Punktzahlvolumina auf Basis dieses und der drei folgenden Quartale (die vier "Bemessungsquartale") jeweils mit Wirkung für das Quartal des Folgejahres. Für Bemessungsquartale vor III/2003 werden die Punktzahlvolumina im Sinne der Bestimmung in Abs. 2b ff. berechnet. Gem. § 12.4.4. Satz 1 HVM gilt eine Praxis unter den Bedingungen der Punktzahlvolumina als unterdurchschnittlich, wenn die anerkannte Punktzahlanforderung für die von den IPZV betroffenen Leistungen je Arzt unterhalb des durchschnittlichen Gesamtvolumens je Arzt der Arztgruppe liegt. Sofern auf Zeiträume vor III/2003 Bezug genommen wird, gilt als Maßstab der Unterdurchschnittlichkeit das vergleichbare durchschnittliche Honorar der Arztgruppe (Satz 2 a.a.O.). Gemäß § 12.4.4.j) ("Härtefallregelung") kann der Vorstand in begründeten Fällen auf Antrag aus Sicherstellungsgründen Punktzahlvolumina der Praxis neu festlegen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen. Hierzu zählen insbesondere dauerhafte Veränderungen im Umfeld der Praxis (Satz 2 a.a.O.). In § 12.6.2. HVM ist unter "sonstige Regelungen" geregelt, dass über unbillige Härtefälle infolge der Anwendung dieses HVM der Vorstand auf Antrag entscheidet. In § 12.4.3. HVM sind Regelungen über die "Weiterentwicklung der individuellen Punktzahlvolumina in der Folgezeit" (sog. Folgequartale, ab III/04) getroffen, nach denen sich die Weiterentwicklung im Wesentlichen nach dem Umfang der Überschreitung oder Unterschreitung des IPZV durch die einzelne Praxis und nach dem Abrechnungsverhalten der anderen Ärzte der Fachgruppe richtet. Wegen der weiteren Einzelheiten des § 12 HVM 2003 wird auf die Veröffentlichung in der Beilage zu "Nordlicht Aktuell" 1/03 (u.a. Internetseite der KVSH) Bezug genommen.

Mit Beschluss des Vorstands der Beklagten vom 5. August 2003 zur Berücksichtigung von Investitionskosten bei Härtefällen im HVM wurde Folgendes festgelegt:

"Eine Berücksichtigung von Investitionsentscheidungen im Sinne des Vertrauensschutzes bei Härtefallentscheidungen zur Aufstockung von Punktzahlvolumina kann erfolgen, wenn die in der folgenden Tabelle aufgeführten Konstellationen vorliegen.

Art der Investition	Zeitraum der Investition	Umfang der Investition	Kostenträchtige Praxisveränderung
1.1.2002 bis 31.3.2003	AFA mind. 5 % vom GKV-Jahressumsatz	Geräteneuanschaffung	Dito Dito "teure" Neugründung 1.7.2000 bis 31.3.2003 Mehrkosten AFA mindestens 10% vom GKV-Jahressumsatz

Liegen diese Voraussetzungen vor, wird im Wege des Einzelfalles entschieden. Anderenfalls ist der Antrag abzulehnen."

Nachdem die Beklagte mit Schreiben vom 31. März 2003 die Strukturen des neuen HVM erläutert und der Klägerin ihr voraussichtliches IPZV für das Quartal III/03 mitgeteilt hatte, machte die Klägerin mit "Widerspruch" vom 4. April 2003 geltend, es sei eine Entwicklungsphase von 12 Monaten zu berücksichtigen. Daher sei die Leistungsbegrenzung auf den Stand des Gründungsjahres unzulässig. Sie habe Investitionen in neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten getätigt. Es seien zahlreiche diagnostische und therapeutische Möglichkeiten geschaffen worden, u.a. die Yag-Lasertherapie, Fluoreszenzangiographie, Netzhaut-Laserkoagulation, elektrophysiologische Diagnostik, Topographie gestützte Kontaktlinsenversorgung, photodynamische Therapie bei Makuladegeneration, Aufbau einer Sehschule mit Beschäftigung einer Orthoptistin, Ultraschalldiagnostik, therapeutische Eximerbehandlung, Lidchirurgie. Seit Anfang 2003 werde zudem ein neuer OP-Trakt für intraokulare Eingriffe genutzt. Daher sei die Patientenzahl gestiegen. Die Neuerungen seien mit erheblichen Investitionen, langfristigen Mietverträgen und erhöhter Personalbindung verbunden. Insgesamt liege deshalb ein gewachsener Versorgungsbedarf vor, der jedoch im IPZV nicht berücksichtigt sei. Deshalb müsse bei der Berechnung auch das Jahr 2003 einfließen. In der Folge teilte die Klägerin zudem mit, ihre Investitionen hätten in den Jahren 2002/2003 insgesamt rund 400.900 EUR betragen.

Mit Schreiben des Leiters der Abrechnungsabteilung vom 10. Juli 2003 teilte die Beklagte der Klägerin u. a. mit: "Wir haben sehr eingehend diese Problematik diskutiert und werden dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung den Vorschlag unterbreiten, dass die sehr hohen Investitionskosten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen sind. Darüber hinaus hält die HVM-Arbeitsgemeinschaft es für erforderlich, dass spezialisierte Praxen mit Praxen verglichen werden, die von ihrem Leistungsspektrum gleich oder ähnlich sind. Also kein Vergleich mit der gesamten Fachgruppe. Ich denke, der Vorstand der KVSH wird die Entscheidung der HVM-AG bestätigen."

Mit Schreiben vom 17. November 2003 teilte die Beklagte der Klägerin mit, ihr Vorstand habe eine Härtefallregelung abgelehnt. Mit dem zugestandenem IPZV seien bei einem Zielpunktwert von 4,5 Cent ausschließlich aus den Leistungsbereichen 5 und 7 413.208,00 EUR und damit weit mehr als der nach der Investitions- und Kostenrechnung und dem mitgeteilten Investitionsvolumen erforderliche Mindest-GKV-Umsatz von 324.066 EUR erzielbar. Dabei sei das ambulante Operieren noch nicht eingerechnet.

Mit Bescheiden vom 14. Januar 2004 und 20. April 2004 setzte die Beklagte die Honorare der Klägerin für die Quartale III/03 und IV/03 in Höhe von - jeweils vor Abzug eines Verwaltungskostenbeitrages - 88.259,44 EUR und 118.357,88 EUR fest. Dabei wurden die Referenzleistungen ausgehend von IPZV von in III/03 1.999.226 und in IV/03 2.521.467 Punkten mit Punktwerten für die Primärkassen/Ersatzkassen von in III/03 4,0510/4,3843 Cent und in IV/03 4,2398/4,2209 Cent und die darüber hinaus abgerechneten Punktzahlen (in III/03 1.585.259 und in IV/03 1.105.727) als Mehrleistungen mit Punktwerten von jeweils 0,05 Cent vergütet. Wegen der Einzelheiten der Honorarabrechnungen wird auf Bl. 119 ff. und Bl. 174 ff. VA Bezug genommen. Bestandteil des Honorarbescheides III/03 war die Entscheidung über die Ablehnung des Härtefallantrages. Zur Begründung nahm die Beklagte Bezug auf die im Einzelnen bezeichneten bisherigen Schreiben. Für die genannten Quartale erhielt die Klägerin zudem Nachvergütungen aus den Strukturverträgen bzw. Übergangsvereinbarungen Ambulantes Operieren. Wegen des Inhaltes der hierüber erteilten Abrechnungen wird auf die Verwaltungsakte und auf die Aufstellungen Bl. 95 ff., 135 ff. der Gerichtsakte Bezug genommen.

Die Klägerin erhob sowohl gegen die Ablehnung des Härtefallantrages als auch gegen die Honorarabrechnungsbescheide Widersprüche. Aufgrund der ihr erteilten OP-Genehmigung sei der Beklagten von Anfang an bekannt gewesen, dass die bisher konservativ behandelnde Praxis in eine operative Schwerpunktpraxis umgewandelt werden solle. Das IPZV sei jedoch auf der Grundlage des Jahres 2002 berechnet worden, also ohne die OP-Tätigkeit. So liege effektiv eine Honorarminderung um 35 % bzw. 30 % gegenüber den Quartalen I/03 und II/03 vor. Es sei auch ein Härtefall im Sinne des § 12.4.4.j) HVM gegeben. Die ambulanten Operationen müssten bei der Honorarverteilung

berücksichtigt werden. Sie habe bei Erteilung der OP-Genehmigung darauf vertrauen dürfen, für die Durchführung der Operationen auch eine Vergütung zu erhalten. Gegenüber vergleichbar spezialisierten Praxen verfüge sie nur über ein unterdurchschnittliches IPZV. Die Berechnung des IPZV verstoße gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit, da nach der Rechtsprechung des BSG eine Entwicklungsmöglichkeit bis zum Durchschnittsumsatz von Praxen mit vergleichbarer Ausrichtung gegeben sein müsse. Die Nachberechnung bezüglich des erforderlichen Umsatzes sei fehlerhaft, da die laufenden Betriebskosten nicht berücksichtigt worden seien. In 2003 seien dies netto rund 328.000,00 EUR gewesen. Erforderlich sei daher ein GKV-Umsatz von 390.000,00 EUR; zu erwirtschaften seien aber nur rund 383.500,00 EUR. Der erforderliche Praxisumsatz sei zudem auf der Grundlage eines Assistenzarztgehalts von 41.000,00 EUR berechnet worden. Angemessen sei dagegen ein Facharztgehalt von 60.000,00 EUR. Bei dessen Berücksichtigung sei ein Kassenumsatz von 430.000,00 EUR erforderlich. Zur weiteren Begründung fügte sie eine vorläufige betriebswirtschaftliche Auswertung für das Jahr 2003 bei (Bl. 150 Verwaltungsakte).

Die Beklagte wies die Widersprüche durch Widerspruchsbescheid vom 26. August 2004 zurück. Darin ist, nach Darlegungen zu Rechtsgrundlagen, Regelungsgehalt und Zielsetzungen des HVM 2003 sowie zu den Gründen für das Nichterreichen des Zielpunktwertes von 4,5 Cent weiter dargelegt, in Anwendung der Sonderregelung nach § 12.4.4.b) HVM für übernommene Praxen seien zunächst bis zum Ende des IV. Quartals 2004 keine individuellen Punktzahlvolumina für die Klägerin festgelegt worden. Bis zur Zuordnung der Punktzahlvolumina erhielten neu gegründete Praxen die anerkannten Punktzahlanforderungen bis zur Obergrenze des durchschnittlichen Gesamtvolumens der Arztgruppe als Referenzleistungen und darüber hinaus als Mehrleistungen vergütet. Bei erstmaligem Erreichen der Durchschnittlichkeit erfolge eine Festlegung der Punktzahlvolumina auf Basis dieses und der folgenden drei Quartale (der 4 "Bemessungsquartale") jeweils mit Wirkung für das Quartal des Folgejahres. Die Durchschnittlichkeit habe die Klägerin bereits mit dem ersten Quartal ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit erreicht. Für das Quartal III/03 sei das Punktzahlvolumen aus dem Quartal III/02 als Obergrenze herangezogen worden nach § 12.4.2.b) ff. HVM. Die Vergütung der ambulanten Operationen erfolge über Sonderverträge. Diesbezüglich sei eine Nachzahlung erfolgt, eine höhere Vergütung habe nicht erfolgen können. Im Rahmen der Wachstumsregelung nach § 12.4.3.a.3 HVM sei ein Zuwachs für III/04 in Höhe von 10 % gegenüber III/03 ermittelt worden. Ein Härtefall liege nicht vor. Der Klägerin sei kein höheres Punktzahlvolumen zu Lasten der Fachgruppe zuzubilligen. Nach § 12.4.4.j) HVM sei eine Neufestlegung des IPZV nur aus Sicherstellungsgründen möglich, insbesondere bei dauerhaften Veränderungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Umfeld der Praxis. Eine solche liege hier nicht vor. Sicherstellungsprobleme seien auch nicht herzuleiten aus der Umstellung einer konservativ tätigen Praxis auf einen operativen Schwerpunkt. Auch aus Vertrauensschutzgründen sei keine Erhöhung vorzunehmen. Weiter ist unter Hinweis auf die Grundsatzentscheidung des Vorstandes zur Berücksichtigung von Investitionskosten vom 5. August 2003 im Wesentlichen dargelegt: Die Einnahmen aus der PKV in Höhe von 33 % des Gesamtumsatzes seien weit höher als die in der Investitions- und Kostenrechnung diesbezüglich angemommenen Einnahmen in Höhe von 10 %. Nach dem vorläufigen Betriebsergebnis habe die Klägerin einen Überschuss von 440.933,00 EUR erzielt. Die Gesamtbetriebseinnahmen lägen bei 856.595,00 EUR, die Einnahmen aus dem Bereich der PKV demzufolge bei 289.034,00 EUR. Dementsprechend seien die dem GKV-Umsatz zuzuordnenden Betriebsausgaben zu reduzieren. Bei den zugrunde gelegten rund 41.000 EUR pro Arzt handele es sich um das rein verfügbare Einkommen für den Lebensunterhalt; nicht eingerechnet seien hier Beträge für Ärzteversorgung und Krankenversicherung, Tilgung für Praxisdarlehen und Steuern. Die Investitions- und Kostenrechnung weise allein ohne Steuern einen Nettobetrag von ca. 71.000 EUR je Arzt aus (Summe Privatausgaben 142.548 EUR). Mithin sei bereits dieser höher angesetzt als ein vergleichbares Bruttofacharztgehalt von 60.000 EUR. Im Ergebnis sei festzustellen, dass eine wirtschaftliche Schieflage hier nicht erkennbar sei. Die Auswertung der Beträge belege, dass sich die Einkommenserwartungen der Klägerin erfüllt hätten bzw. übertroffen worden seien. Unter Berücksichtigung des Abschreibungsbetrages von 98.001 EUR errechne sich für die Praxis pro Arzt ein Überschuss von 171.465 EUR.

Zur Begründung ihrer hiergegen am 27. September 2004 bei dem Sozialgericht Kiel erhobenen Klage hat die Klägerin im Wesentlichen vorgetragen: Ohne die Erhöhung des IPZV seien ihre Investitionen wertlos. Trotz steigender Fallzahlen und Honoraranforderungen wegen der ambulanten Operationen werde nicht einmal der Honorarumsatz des Quartals III/02 erreicht. Die Ablehnung des Härtefallantrages sei bereits formell rechtswidrig, da sich die Beklagte mit dem Begriff der Sicherstellung nicht ausreichend befasst habe. Der Versorgungsbedarf sei nicht näher untersucht worden. Die Ablehnung sei auch ermessensfehlerhaft. Eine Benachteiligung im Vergleich zu den Praxen der Fachgruppe liege vor. Sie habe ihre Fallzahlen und Fallwerte, auf die das IPZV aufbaue, nicht selbst gewählt. Es handele sich dabei um nicht repräsentative Abrechnungsergebnisse der Aufbauphase. Die Ausweitung der Praxistätigkeit im Jahr 2003 gegenüber dem Jahr 2002 sei ausschließlich durch das erweiterte Behandlungsspektrum erreicht worden. Bei einer Beschränkung auf das IPZV sei eine Versorgung der Patienten im Bereich nicht mehr sichergestellt. Bei der Härtefallentscheidung habe die Beklagte auch ihre Verwaltungspraxis bezüglich getätigter Investitionen nicht berücksichtigt. Der Vertrauensschutz sei mit sachfremden Erwägungen und auf fehlerhafter Datengrundlage verneint worden. Privateinnahmen dürften bei einer Härtefallentscheidung nicht berücksichtigt werden. Für einen angemessenen Gewinn seien 430.000,00 EUR erzielbares Honorarvolumen nötig, dies sei jedoch mit dem zugebilligten IPZV nicht zu erreichen.

Die Klägerin hat beantragt,

die Honorarabrechnungen III/03 und IV/03 und die Entscheidung über den Härtefallantrag als Bestandteil des Honorarbescheids III/03 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 26. August 2004 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie sich auf ihre Ausführungen in dem angefochtenen Widerspruchsbescheid bezogen.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 17. Mai 2006 abgewiesen und in den Entscheidungsgründen im Wesentlichen dargelegt: Die Honorierung der Klägerin für die Quartale III/03 und IV/03 auf der Grundlage des HVM der Beklagten in der ab 01. Juli 2003 geltenden Fassung sei rechtmäßig. Auch die Ablehnung des Härtefallantrages sei nicht zu beanstanden. Die Beklagte habe die Sonderregelung in § 12.4.4.b) HVM korrekt angewandt. Da die Klägerin bereits mit ihrem Anfangs Quartal I/02 die "Durchschnittlichkeit" erreicht habe, sei für das Quartal III/03 das Quartal III/02 für die Bemessung des Punktzahlvolumens heranzuziehen gewesen. Dass die Beklagte aus dem Umstand der Umwandlung einer konservativ tätigen Praxis in eine operative Schwerpunktpraxis Sicherstellungsprobleme in der vertragsärztlichen

Versorgung nicht herzuleiten vermöge, sei nicht zu beanstanden. Aus der Konstruktion des § 12.4.4.j) HVM werde deutlich, dass die Erhöhung von Punktzahlvolumina einer Praxis für den Fall vorgesehen sei, dass von außen ein Versorgungsbedarf auf die Praxis zukomme, den diese auch befriedigen könne, jedoch nicht mit den bisherigen Punktzahlvolumina. Eine solche Konstellation liege jedoch hier nicht vor. Die Klägerin sei bereits mit Schreiben der Strukturabteilung der Beklagten vom 20. Juni 2002 auf die Problematik und die Ungewissheit der Vergütung der in Schleswig-Holstein bereits in großer Zahl durchgeführten ambulanten (Katarakt-)Operationen hingewiesen worden. Die Beklagte habe außerdem darauf hingewiesen, dass die Klägerin einen der größten Anbieter von ambulanten Katarakt-Operationen in Schleswig-Holstein als Nachbarn habe. Vor diesem Hintergrund passe die Vorschrift des § 12.4.4.j) HVM schon vom Ansatz her nicht auf die Situation der Klägerin. Diese betreibe keine Praxis, auf die ein erhöhtes Patientenaufkommen aus von ihr nicht zu vertretenden Umständen zukomme. Dass sie sich trotz der geschilderten Rahmenbedingungen dazu entschieden habe, eine bisherige konservative Augenarztpraxis in eine solche mit operativem Schwerpunkt umzuwandeln, sei nicht ein Problem der Sicherstellung, das die Beklagte mit der Anpassung der Punktzahlvolumina zu berücksichtigen hätte. Auch die "Grundsatzentscheidung des Vorstandes zur Berücksichtigung von Investitionskosten bei Härtefällen im HVM" gebiete keine andere Entscheidung der Beklagten. Es sei nicht zu beanstanden, dass trotz des über 5%igen Anteils der Abschreibungen am GKV-Jahresumsatz die Beklagte die Erhöhung der IPZV aus Vertrauensschutzgründen abgelehnt habe. Denn auch für die Kammer sei nicht nachvollziehbar, dass bei der Klägerin eine derartige wirtschaftliche Schiefelage vorliege, die eine solche Erhöhung rechtfertigen würde. Laut Investitions- und Kostenrechnung vom Oktober 2001 der betriebswirtschaftlichen Abteilung der Beklagten habe die damalige Berechnung ergeben, dass bei einem angenommenen Privatanteil von 10 % für die Finanzierung der geplanten Betriebs- und Privatausgaben ein Kassenumsatz von 305.914,00 EUR erforderlich sei. Damals habe das geschätzte Investitionsvolumen 306.775,00 EUR betragen. Bei dem tatsächlich getätigten Investitionsvolumen von 400.897,00 EUR seien lt. Berechnung der Beklagten insgesamt 324.066,00 EUR GKV-Umsatz erforderlich. Soweit die Klägerin geltend mache, das für einen angemessenen Gewinn erforderliche Honorarvolumen von 430.000,00 EUR sei mit dem zugestandenen IPZV nicht zu erreichen, widerspreche dies zudem der von der Klägerin im Widerspruchsverfahren eingereichten Aufstellung ihres Steuerberaters aus Dezember 2003, die Erlöse der GKV in Höhe von 479.252,90 EUR ausweise.

Gegen das ihr am 25. Juli 2006 zugestellte Urteil richtet sich die am 21. August 2006 eingegangene Berufung der Klägerin, die zur Begründung im Wesentlichen vorträgt: Das Sozialgericht sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass es sich bei ihr im Bemessungszeitraum 2002 bereits um eine überdurchschnittlich abrechnende Praxis gehandelt habe. Statt der Vergleichsgruppe sämtlicher Augenärzte, welche sich überwiegend aus rein konservativ tätigen Praxen zusammensetze, hätte eine speziellere Vergleichsgruppe der ambulant operierenden Praxen gebildet werden müssen. Dies entspreche im Übrigen auch den Auskünften in dem vom Gericht bereits zitierten Schreiben der Strukturabteilung der Beklagten vom 20. Juni 2002. Dort heiße es am Ende, dieses [individuelle Leistungskontingent] werde sich für sie als neue Praxis ungefähr am Durchschnitt der ambulant operierenden Augenarztpraxen orientieren. Hinsichtlich der Berücksichtigung der Investitionskosten habe das Sozialgericht bereits den Prüfungsmaßstab verkannt. Bei Vorliegen der Voraussetzungen der Grundsatzentscheidung des Vorstandes zur Berücksichtigung von Investitionskosten bei Härtefällen im HVM würden regelmäßige Härtefallanpassungen vorgenommen. Auch nach der Kenntnis ihres Prozessbevollmächtigten handele es sich nicht um bloße Einzelfallentscheidungen. Dies werde bereits daraus deutlich, dass es sich um einen "Grundsatzbeschluss" des Vorstandes handele, dessen Sinn und Zweck es sei, die Ermessensausübung über den Einzelfall hinaus zu konkretisieren. Wenn die Voraussetzungen des Grundsatzbeschlusses erfüllt seien, reduziere sich das Ermessen der Beklagten auf Null. Bei ihr liege eine Ausnahmesituation vor, die zu einer massiven Benachteiligung im Rahmen der Honorarverteilung führe. Die getätigten Investitionen erwiesen sich für sie im Nachhinein als weitgehend nutzlos, da sie trotzdem keinerlei zusätzliches Honorar erwirtschaften könne. Da die Investitionen genau in den Übergangszeitraum zwischen Geltung des alten HVM und Geltung des neuen HVM gefallen seien, werde sie sowohl gegenüber etablierten Praxen benachteiligt, die zu einem früheren Zeitpunkt investiert hätten, als auch gegenüber jungen Praxen, die zu einem späteren Zeitpunkt nach Kenntnis des neuen HVM investiert hätten. Genau ihrer speziellen Situation habe die Grundsatzentscheidung des Vorstandes zur Berücksichtigung von Investitionskosten Rechnung tragen wollen. Die Beklagte habe zudem Vertrauensschutzgesichtspunkte nur unzureichend gewürdigt. Ihr sei bekannt gewesen, dass die Vergütung der ambulanten operativen Leistungen seinerzeit problematisch gewesen sei und dass sie für die nicht budgetierten Leistungen für die ambulanten Operationen zunächst nur eine geringe, voraussichtlich allenfalls kostendeckende Vergütung erhalten werde. Es sei von Anfang an klar gewesen, dass Gewinne aus der ambulanten Operationstätigkeit nur im Rahmen von Privatliquidation zu erreichen wären. Die durchgeführten ambulanten Operationen seien in den Quartalen I/03 und II/03 dementsprechend teilweise auch nur mit extrem geringen Punktwerten vergütet worden (im Quartal II/03 0,4308 Cent (PK) bzw. 1,3463 Cent (EK)). Trotz dieser sehr niedrigen Punktwerte habe sie allein durch diese Leistungen im Quartal II/03 ihr Honorarvolumen um über 13.000,00 EUR gegenüber dem Vorjahresquartal II/02 steigern können. Lediglich diese Honorarsituation unter Geltung des alten HVM werde in dem Schreiben der Strukturabteilung der Beklagten vom 20. Juni 2002 geschildert. Das sei jedoch nicht Gegenstand dieses Rechtsstreits. Vollkommen sachfremd sei die Erwägung des Gerichts im Hinblick auf die benachbarte Praxis des Herrn Dr. W. Selbstverständlich sei es betriebswirtschaftlich riskant, sich als neue Praxis im Einzugsbereich einer bereits etablierten Praxis mit einem ähnlichen Leistungsangebot niederzulassen. Dies dürfe jedoch nicht der Maßstab für eine den Grundsätzen der Honorarverteilungsgerechtigkeit entsprechende Härtefallentscheidung sein. Nach diesem Maßstab sei es offensichtlich ermessensfehlerhaft, etablierten ambulant operierenden Augenarztpraxen ein weit über dem durchschnittlichen IPZV aller Augenärzte liegendes IPZV und andererseits ihrer Praxis nicht einmal ein IPZV zuzubilligen, das dem Durchschnitt der ambulant operierenden Augenarztpraxen entspreche. Soweit das Sozialgericht seine Entscheidung auch darauf stütze, dass die Verweigerung einer IPZV-Erhöhung keine Sicherstellungsprobleme berühre, die die Beklagte mit der Anpassung der Punktzahlvolumina zu berücksichtigen gehabt hätte, sei dies eine schlichte Unterstellung. Weder die Beklagte noch das Gericht hätten konkret die Nachfrage und den Bedarf an ambulanten augenärztlichen Operationen im Einzugsbereich ihrer Praxis untersucht. Sie habe ihr IPZV im Quartal III/03 um ca. 1,5 Mio. und im Quartal IV/03 um ca. 1,1 Mio. Punkte überschritten. Diese Überschreitung sei im Wesentlichen auf die ambulanten Operationsleistungen zurückzuführen. Da auch alle anderen Augenärzte ihr IPZV bereits ausgeschöpft haben dürften, wären die Patienten bei einer konsequenten Beschränkung des Leistungsumfanges auf die zugestandenen IPZV insofern unversorgt geblieben. Die Berücksichtigung der tatsächlichen Entnahmen aus der privatärztlichen Tätigkeit bei der Entscheidung des Härtefallantrages sei ebenfalls ermessensfehlerhaft. Auch ohne Berücksichtigung der ambulanten Operationen müsse es ihr unter Geltung eines Individualbudgets ermöglicht werden, einen angemessenen Gewinn allein aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit zu erzielen. Sachfremd seien in diesem Zusammenhang die Hinweise in dem angefochtenen Urteil und dem Widerspruchsbescheid, wonach sie Erlöse aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Höhe von knapp 480.000,00 EUR habe erzielen können. Diese Honorarerlöse basierten auch auf den Honorarumsätzen der Quartale I/03 und II/03, in welchen ihr auf der Basis des alten HVM noch Honorarsteigerungen durch die ambulante Operationstätigkeit ermöglicht gewesen seien. Bei der Härtefallentscheidung dürfe dagegen allein das effektiv erzielbare Honorar unter Geltung der IPZV berücksichtigt werden. Trotz einer Steigerung der Leistungsmenge in den streitgegenständlichen Quartalen um über 30 % sei ihr Honorar aus vertragsärztlicher Tätigkeit um rund 10 % gesunken. Gerade in

Anbetracht der völlig unterschiedlichen Kostenstruktur werde sie gegenüber anderen Praxen bei der Honorarverteilung massiv benachteiligt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 17. Mai 2006 aufzuheben und die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale III/03 und IV/03 vom 14. Januar 2004 und 20. April 2004 und die Entscheidung über den Härtefallantrag als Bestandteil der Honorarabrechnung III/03 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 26. August 2004 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, über ihre Honorarforderungen für die Quartale III/03 und IV/03 und den Härtefallantrag unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat sich in der mündlichen Verhandlung am 12. Februar 2007 geäußert und dazu umfangreiches Zahlenmaterial zu der Frage der Vergütung der ambulanten Operationen überreicht. Insoweit wird auf Bl. 93 ff. der Gerichtsakte verwiesen. Nach dem Verhandlungstermin zur näheren Erläuterung der Vergütung der ambulanten Operationen formulierte Fragen hat die Beklagte mit Schreiben vom 22. Oktober 2007 unter Beifügung zahlreicher Unterlagen beantwortet. Sie hat zudem die seit dem Quartal I/05 im HVM vorgesehene Unterteilung der Fachgruppe in konventionelle und in ambulant operierende augenärztliche Praxen näher erläutert (im Einzelnen Bl. 127 ff. der Gerichtsakte).

Die Klägerin hat darauf im Wesentlichen erwidert, bei der Abrechnung der Operationen nach dem Strukturvertrag/AOK werde für die nach dem HVM vergüteten Leistungen im Quartal III/03 ein Auszahlungspunktwert von 2,0418 zugrunde gelegt. Tatsächlich seien diese Leistungen jedoch nur mit dem Mehrleistungspunktwert von 0,05 Cent vergütet worden. Durch die Verweigerung eines höheren IPZV werde sie demnach in mehrfacher Hinsicht benachteiligt. Hinsichtlich der mangelnden Differenzierung zwischen operierenden und nicht operierenden Praxen könne die Beklagte sich nicht auf eine Erprobungsphase berufen, nach deren Ablauf sie in angemessener Zeit reagiert habe. Das Schreiben der Beklagten vom 20. Juni 2002 belege, dass ihr bereits damals bekannt gewesen sei, dass sich das Leistungsverhalten einer ambulant operierenden Praxis signifikant von demjenigen einer konservativ tätigen Praxis unterscheide. Die Auswirkungen der Differenzierung innerhalb der Fachgruppe hat die Klägerin für den Zeitraum ab dem Quartal I/05 tabellarisch dargestellt (Bl. 164 Gerichtsakte). Der Unterschied fiele noch deutlich größer aus, wenn man nur diejenigen Operateure berücksichtige, die ambulante Kataraktoperationen durchführten, dies schon im Hinblick auf die geforderte Mindestzahl von Operationen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Prozessakte und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, die auch Gegenstand der mündlichen Verhandlung des Senats gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte ([§ 143 Sozialgerichtsgesetz – SGG –](#)) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere fristgerecht eingelegte ([§ 151 SGG](#)) Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Streitgegenstand sind die Honorarbescheide für die Quartale III/03 und IV/03 sowie der alle sog. Startquartale von III/03 bis II/04 betreffende Härtefallbescheid als Bestandteil des Honorarbescheides für das Quartal III/03. Dass der Härtefallantrag und der hierüber erteilte Bescheid alle sogenannten Startquartale betrifft, entspricht der dem Senat aus anderen Verfahren bekannten Verwaltungspraxis der Beklagten (vgl. u.a. die in der mündlichen Verhandlung am 13. November 2007 zu den Verfahren [L 4 KA 7/07](#) und [L 4 KA 9/07](#) abgegebenen Erklärungen der Beteiligten). Nicht Streitgegenstand sind dagegen die Honorarbescheide für die Quartale I/04 und II/04 und die sich auf die Quartale III/03 und IV/03 beziehenden Nachvergütungsbescheide aus den verschiedenen Verträgen/Übergangsvereinbarungen Ambulantes Operieren. Auch Letztere sind unter Zugrundelegung der Rechtsprechung des BSG nicht unmittelbar gemäß [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Klageverfahrens über die Honorarbescheide III/03 bis IV/03 geworden (vgl. BSG, Ur. v. 23. Februar 2005 - [B 6 KA 45/03 R](#), [SozR 4-1500 § 86 Nr. 2](#)). Im Übrigen bestand in der mündlichen Verhandlung zwischen den Beteiligten Einigkeit darüber, dass diese Bescheide nicht in das Verfahren einbezogen werden sollen.

Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung ihrer Honorarforderungen für die Quartale III/03 und IV/03 und ihres Härtefallantrages.

Rechtsgrundlage für den Honoraranspruch der Klägerin und auch für Regelungen über Honorarbegrenzungen ist [§ 85 Abs. 4 SGB V](#). Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 1 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). Nach Satz 2 der Vorschrift in der Fassung durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 ([BGBl. I S. 2626](#)) wendet die Kassenärztliche Vereinigung dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) in der Neufassung durch Gesetz vom 14. November 2003 ([BGBl. I S. 2190](#)) wendet die Kassenärztliche Vereinigung 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 I. und II. Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am 31. Dezember 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab angewandt. Grundlage für die Honorarverteilung ist demnach für alle hier betroffenen Quartale der seit dem 1. Juli 2003 geltende HVM der Beklagten.

Bei der Ausgestaltung des HVM haben die Kassenärztlichen Vereinigungen nach der Rechtsprechung des BSG einen Gestaltungsspielraum, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Norm, nämlich einer Satzung, ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist. Zu beachten sind dabei insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot, bei der Verteilung der Gesamtvergütungen Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen (leistungsproportionale Verteilung des Honorars), sowie der aus [Art. 12 Abs. 1](#) in Verbindung mit [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Bei dem Gebot der leistungsproportionalen Vergütung handelt es sich allerdings nur um einen Grundsatz, von dem abgewichen werden darf, wenn die Kassenärztliche Vereinigung damit andere billigenwerte Ziele verfolgt (std. Rspr.; vgl. BSG, Ur. v. 10. Dezember 2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) ,

[BSGE 92, 10](#) ; Urt. v. 10. März 2004 - [B 6 KA 3/03 R, BSGE 92, 233](#) ; Urt. v. 28. März 2007 - [B 6 KA 10/06 R, MedR 2007, 560](#), juris Rz. 17). Weitere verbindliche Vorgaben folgen aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 19. Dezember 2002 (Deutsches Ärzteblatt 2003, A-218). Im Zusammenhang mit der Streichung der Bestimmungen zum Praxisbudget mit Wirkung zum 1. Juli 2003 (Teil A des Beschlusses) ist den Kassenärztlichen Vereinigungen mit diesem Beschluss (Teil B) aufgegeben worden, die Gesamtvergütung in der Weise zu verteilen, dass der zum Zeitpunkt der Auszahlung ohne Quotierung oder Abstaffelung anerkannte Leistungsbedarf in Punkten aller abrechnenden Vertragsärzte je Arztgruppe im dritten und vierten Quartal 2003 den anerkannten Leistungsbedarf aller abrechnenden Vertragsärzte je Arztgruppe des dritten und vierten Quartals 2002 nicht mehr als 5 % überschreitet. Die Vorgaben aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 19. Dezember 2002 sind für die Beklagte verbindlich (vgl. zur sog. Praxisbudgetvereinbarung zum 1. Juli 1997, Deutsches Ärzteblatt 1997, A 403, BSG, Urt. v. 13. März 2002 - [B 6 KA 48/00 R, SozR 3-2500 § 85 Nr. 44](#), juris Rz. 18).

Die konkrete Umsetzung der demnach für den streitigen Zeitraum nicht nur zulässigen, sondern sogar verbindlich vorgeschriebenen Begrenzung des Leistungsbedarfs durch den HVM der Beklagten, nämlich in Gestalt der Einführung von IPZV, ist im Grundsatz nicht zu beanstanden. Das BSG hat sich wiederholt ausführlich mit der Zulässigkeit individueller Leistungsbudgets auseinandergesetzt und derartige Regelungen mit den in seiner Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen für vereinbar gehalten. Dabei seien in der bisherigen Rechtsprechung auch solche Honorarkontingente für grundsätzlich rechtmäßig erklärt worden, die sich - wie auch im vorliegenden Fall - für den einzelnen Vertragsarzt nach den Abrechnungsergebnissen in vergangenen Zeiträumen bemessen. Dem liege die berechnete Annahme zu Grunde, dass der in der Vergangenheit erreichte Praxisumsatz bei typisierender Betrachtung ein maßgebendes Indiz für den Umfang sei, auf den der Vertragsarzt seine vertragsärztliche Tätigkeit ausgerichtet habe. Entsprechendes gelte für die Einführung der individuellen Leistungsbudgets. Mit diesen Regelungen wolle die Kassenärztliche Vereinigung durch eine Begrenzung der zu vergütenden Punktmenge bei bestimmten Leistungen eine Stabilisierung des Punktwertes für den einzelnen Arzt erreichen. Damit habe der einzelne Arzt für die Leistungsmenge in Höhe seines individuellen Budgets Kalkulationssicherheit in dem Sinne, dass er bei ungefähr gleichbleibenden Behandlungsfällen und -voraussetzungen schon zu Beginn eines Quartals die Höhe des insoweit zu erwartenden Honorars sicherer abschätzen könne. Ausweitungen der Leistungsmenge durch andere Ärzte wirkten sich in dem durch das individuelle Budget gesicherten Bereich nicht aus. Bei der Stabilisierung des Auszahlungspunktwertes und der damit verbundenen Schaffung einer gewissen finanziellen Kalkulationssicherheit handele es sich um ein im Rahmen des [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit billigenwertes Ziel (vgl. Urt. vom 10. Dezember 2003 - [B 6 KA 54/02 R](#), a.a.O.; vom 10. März 2004 - [B 6 KA 3/03 R](#), a.a.O.; v. 28. März 2007 - [B 6 KA 10/06 R](#), a.a.O., juris Rz. 18 m.w.N.).

Mit eben dieser Zielsetzung (vgl. dazu Ennenbach, Nordlicht 4/2003, S. 12; derselbe in Nordlicht 1/2004, S. 18) hat die Beklagte IPZV eingeführt, bei denen für die Leistungen innerhalb des IPZV (sog. Referenzleistungen) ein zwar nicht fester, aber von Mengenausweitungen nur in geringerem Maße beeinflussbarer Zielpunkt看wert zugrunde gelegt wird. Dass für die übersteigenden Leistungen (sog. Mehrleistungen) nur eine sehr geringe Vergütung mit einem Punktwert von in den streitigen Quartalen jeweils 0,05 Cent gezahlt wird, weil der ganz überwiegende Teil des Gesamtvergütungsvolumens für die Honorierung von Leistungen innerhalb des IPZV verwandt wird, ist nicht zu beanstanden. Nach ständiger Rechtsprechung kann die Restvergütungsquote sogar auf Null absinken, so dass auf eine Restvergütung gänzlich verzichtet werden kann (BSG, Urt. v. 8. Februar 2006 [B 6 KA 25/05 R](#), a.a.O., juris Rz. 31 m.w.N.). Es kann auch nicht mit Erfolg eingewandt werden, auch innerhalb des IPZV bleibe ein Teil der erarbeiteten Punkte unvergütet. Zwar trifft es zu, dass die in § 12.4.2.b) HVM für die Startquartale vorgesehene Bildung der Punktzahlobergrenze auf der Grundlage eines Punktwertes von 4,5 Cent zu einer Reduzierung der Punktzahlmenge führt, soweit das in den Bemessungsquartalen (2001 und 2002) erzielte Honorar - wie vorliegend der Fall - auf der Grundlage eines niedrigeren Punktwertes als 4,5 Cent berechnet worden ist. Im Ergebnis wirkt sich dies jedoch bei unveränderter Punktmenge nicht auf die Höhe der Vergütung des einzelnen Arztes aus. Die Einführung von Honorarobergrenzen bedeutet nicht, dass für einzelne Leistungen keine Vergütung gewährt wird. Für das Honorarvolumen macht es keinen Unterschied, ob einer größeren Punktzahl ein entsprechend niedrigerer Punktwert oder nach durchgeführter "Quotierung" - einer geringeren Punktzahl ein entsprechend erhöhter Punktwert zugeordnet wird (BSG, Urt. v. 10. Dezember 2003 - [B 6 KA 54/02 R](#), a.a.O.).

Die Bildung der IPZV der Klägerin für die Startquartale ist zutreffend erfolgt. Grundlage für die Berechnung der IPZV der Klägerin ist, da es sich um eine übernommene Praxis handelt, die Sonderregelung in § 12.4.4.a) und b) HVM. Durchschnittlichkeit im Sinne von Satz 1 dieser Vorschrift mit der Konsequenz der Festlegung von IPZV hat die Klägerin bereits im ersten Quartal ihrer Tätigkeit erreicht. Ihr Punktzahlvolumen wurde nach den Erläuterungen des Vertreters der Beklagten in der mündlichen Verhandlung am 12. Februar 2007 errechnet aus den sich aus den Spalten 5 (grün/gelb) und 7 (rot) der Honorarabrechnung für I/02 ergebenden Beträgen zuzüglich einer Nachvergütung aus den Zusatzbudgets Laserchirurgie und Elektroophthalmologie. Das sich ergebende Punktzahlvolumen von 2.329.274 für 2 Ärzte war überdurchschnittlich (Gruppendurchschnitt der Augenärzte in I/02 1.059.627, d.h. bei 2 Ärzten 2.119.254). Da die Klägerin demnach erstmals im Quartal I/02 die "Durchschnittlichkeit" erreicht hatte, erfolgte für sie die Festlegung der Punktzahlvolumina auf Basis dieses und der drei folgenden Quartale jeweils mit Wirkung für das entsprechende Quartal des Folgejahres, d.h. für III/03 auf der Basis des Quartals III/02 und für IV/03 auf der Basis des Quartals IV/02. Aus den von ihr wiederholt angeführten Schreiben der Beklagten kann die Klägerin einen Anspruch auf eine von der Regelung in § 12.4.4.a) und b) HVM abweichende höhere Festsetzung von IPZV nicht ableiten. Keines der Schreiben beinhaltet eine Zusicherung im Sinne des [§ 34 Abs. 1 SGB X](#), d.h. eine verbindliche Zusage, einen bestimmten Verwaltungsakt später zu erlassen oder zu unterlassen. Eine Zusage, hier darauf gerichtet den Honorarbescheiden der Klägerin ein bestimmtes IPZV zugrunde zu legen oder ihr ein bestimmtes Honorarvolumen zu gewährleisten, ist keinem der in Betracht kommenden Schreiben zu entnehmen. Dies gilt zunächst für das Schreiben der Strukturabteilung der Beklagten vom 20. Juni 2002. Hierin wird vielmehr wiederholt auf die Unwägbarkeiten bei der Vergütung ambulanter Operationen hingewiesen. Auch im Übrigen beinhaltet das Schreiben nicht die Zusage der Freistellung von der Bildung von IPZV oder einer Erhöhung der IPZV im Hinblick auf die Durchführung ambulanter Operationen. Dies war zum Zeitpunkt des genannten Schreibens auch nicht möglich, weil die hier streitige HVM-Regelung, wie dargelegt, erst im Juli 2003 in Kraft trat und im Juni 2002 jedenfalls in ihrer konkreten Ausgestaltung noch nicht absehbar war. Auch aus dem Schreiben des Leiters der Abrechnungsabteilung der Beklagten vom 10. Juli 2003 (Bl. 13 VA) lässt sich eine konkrete Zusage betreffend IPZV in einer bestimmten Höhe nicht ableiten. Zwar mag man diesem Schreiben die konkrete Inaussichtstellung der Berechnung der Durchschnittlichkeit der Klägerin unter Berücksichtigung nicht des Fachgruppendurchschnitts sondern des Durchschnittswertes einer speziell zu bildenden Gruppe operierender Augenarztpraxen entnehmen können. Diese Inaussichtstellung wird aber nach dem weiteren Inhalt des Schreibens, für den Empfänger deutlich erkennbar, von einer noch ausstehenden Entscheidung des Vorstandes der Beklagten abhängig gemacht, so dass es nicht als verbindliche Zusage verstanden werden kann. Aus der vor der Praxisübernahme erstellten Investitions- und Kostenrechnung der betriebswirtschaftlichen Abteilung der Beklagten aus Oktober 2001 lässt sich ebenfalls eine Zusicherung nicht ableiten. Es ergibt daraus vielmehr lediglich der für eine Einkommenssicherung in einer bestimmten Höhe erforderliche Praxisumsatz als Grundlage für die weiteren

betriebswirtschaftlichen Planungen der Klägerin. Die Zusage der Freistellung von Honorarbeschränkungen bis zu einem bestimmten Praxisumsatz lässt sich daraus keinesfalls ableiten.

Die Honorarbescheide sind auch unabhängig von einer Zusicherung nicht deshalb rechtswidrig, weil als Maßstab für die Durchschnittlichkeit der Praxis die gesamte Gruppe der Augenärzte und nicht nur die kleinere Gruppe der operierenden Augenärzte herangezogen wurde. Eine entsprechende Unterteilung der Fachgruppe gibt es erst seit dem Quartal I/05. Grund hierfür ist nach den Ausführungen der Beklagten im Berufungsverfahren der Umstand, dass ausschließlich oder ganz überwiegend konservativ tätigen Praxen einer Gruppe ein zu hohes IPZV zugestanden werde, sofern in den maßgeblichen Gruppendurchschnitt auch die ausschließlich oder in erheblichem Umfang operierenden Ärzte einfließen. Es ist zunächst fraglich, ob die Klägerin, hätte es die nunmehr geregelte Differenzierung bei der erstmaligen Festlegung ihrer IPZV bereits gegeben, am Durchschnittwert der ambulant operierenden Augenärzte gemessen worden wäre. Dies hängt davon ab, ob man dabei auf den Zeitpunkt der Gründung/Übernahme der Praxis, hier als zunächst konservativ arbeitende Augenarztpraxis, oder auf den Zeitpunkt der erstmaligen Festlegung von IPZV, dann mit dem inzwischen gewählten und im Quartal I/03 aufgenommenen Praxissschwerpunkt abgestellt hätte. Die Klägerin wäre demnach auch im Falle der Unterteilung der Fachgruppe nicht ohne weiteres der Gruppe der ambulant operierenden Augenärzte zugeordnet worden. Selbst wenn man davon ausginge, dass die Klägerin, hätte die genannte Differenzierung bereits bei der erstmaligen Festlegung von IPZV gegolten, der Gruppe der ambulant operierenden Augenärzte zugeordnet worden wäre und die Durchschnittlichkeit damit erst später erreicht hätte mit der Folge eines höheren IPZV, würde die Rechtswidrigkeit der Bemessung der IPZV in ihrem Fall daraus nur dann folgen, wenn die Bildung einer einheitlichen Gruppe der Augenärzte ohne Differenzierung nach operierenden und nicht operierenden Praxen auch unter Berücksichtigung eines weiten Gestaltungsspielraums der Beklagten rechtswidrig war. Soweit die Beklagte sich mit ihren Ausführungen in dem Schriftsatz vom 22. Oktober 2007, sie habe zunächst die Punktzahlentwicklung innerhalb der Gruppe abwarten und diese nach Ablauf der Startquartale auswerten dürfen und habe auf diese Auswertung mit der zum 1. Januar 2005 eingeführten Unterteilung der Gruppe zeitnah reagiert, letztlich auf die Rechtsprechung zur Beobachtungs- und Reaktionspflicht im Rahmen von HVM-Regelungen (vgl. BSG, Urt. vom 9. September 1998 - [B 6 KA 55/97 R](#), [BSGE 83, 1](#); vom 20. Oktober 2004 - [B 6 KA 30/03 R](#), [BSGE 93, 258](#); vom 29. August 2007 - [B 6 KA 43/06 R](#), zur Veröffentlich. in SozR 4000 vorgesehen, veröffentlicht. in juris, jeweils m.w.Nachw.) beruft, lässt sich diese allerdings nicht unmittelbar auf die hier gegebene Situation übertragen. Die genannte Rechtsprechung ist entwickelt worden im Zusammenhang mit der Bildung von Honorartöpfen und dem Absinken des Punktwertes innerhalb einer Gruppe bzw. Untergruppe von Ärzten. Eine solche Entwicklung ist typischer Weise nicht bereits bei der Bildung der Honorartöpfe absehbar, sondern erst im Laufe der Zeit, abhängig von der Mengenentwicklung innerhalb der Gruppe. Zudem kommt es bei der Frage der Reaktionspflicht auf Ausmaß und Ursachen des Punktwertverfalls an. Hier geht es dagegen um die erstmalige Festlegung von IPZV, wobei die für neu gegründete/übernommene Praxen maßgeblichen Durchschnittswerte, da an vergangene Abrechnungsergebnisse angeknüpft wird, von vornherein bekannt waren. Damit war der nunmehr erkannte Effekt, dass nämlich bei konservativen Augenarztpraxen durch die Einbeziehung auch der ambulant operierenden Praxen ein eher zu hoher Durchschnittswert für das Wachstum zugebilligt wurde, von vornherein bekannt. Für die Zubilligung einer Beobachtungs- und Reaktionszeit spricht jedoch gleichwohl, dass nicht von vornherein klar war, in welchem Umfang und in welcher Zahl konservativ tätige Praxen wachsen würden, d. h. ob und wie stark sich der hohe Durchschnittswert insbesondere auf das Erreichen des Zielpunktwertes von 4,5 Cent auswirken würde. Dies konnte erst nach der Abrechnung mehrerer Quartale hinreichend sicher festgestellt werden, und die Beklagte hat darauf mit der Unterteilung der Fachgruppen in operierende und nicht operierende Praxen in angemessener Zeit reagiert. Da die Einführung von IPZV durch den HVM 2003 eine komplexe und nicht in allen Auswirkungen von vornherein überschaubare Materie darstellt, steht dem Normgeber insoweit ein erweiterter Gestaltungs- (Erprobungs-)spielraum zu mit der Folge, dass für einen Übergangszeitraum auch größere Typisierungen und geringere Differenzierungen unbedenklich sind (vgl. BSG, Urt. vom 16. Mai 2001 - [B 6 KA 20/00 R](#), [BSGE 88, 126](#); Urt. vom 11. Oktober 2006 - [B 6 KA 46/05 R](#), SozR 4-2500 § 87 Nr. 13). Zudem war nach den Ausführungen der Beklagten in ihrem Schriftsatz vom 22. Oktober 2007 Zielrichtung der Änderung des HVM mit Wirkung zum Quartal I/05 in diesem Punkt allein, dass den konservativen Praxen ein zu hohes durchschnittliches IPZV zugebilligt worden war. Davon, dass neu gegründeten ambulant operierenden Praxen ein zu niedriges durchschnittliches IPZV zukam, wird nicht gesprochen. Allein aus dem Umstand, dass die nunmehr vorgenommene Aufteilung der Gruppe den notwendigen Effekt hat, dass der Durchschnittswert für die ambulant operierenden Praxen steigt, kann nicht gefolgert werden, dass zugunsten der Klägerin unter Beachtung eines weiten Gestaltungsspielraums eine Verpflichtung der Beklagten bestanden hätte, diese Unterteilung bereits bei der erstmaligen Festsetzung von IPZV vorzunehmen.

Auch die Entscheidung über den Härtefallantrag ist nicht zu beanstanden. § 12 HVM enthält mehrere Regelungen, die eine von den genannten Grundregelungen abweichende Festlegung von IPZV ermöglichen. Nach § 12.4.2.d) HVM kann der Vorstand auf Antrag der Praxis Veränderungen der Punktzahlvolumina festlegen, sofern bei der Zugrundelegung des Berechnungszeitraumes Ausnahmesituationen zu einer im Vergleich zu anderen Quartalen deutlichen Verringerung der Punktzahlanforderung geführt haben. Gemäß § 12.4.4.) HVM ("Härtefallregelung") kann der Vorstand in begründeten Fällen auf Antrag aus Sicherstellungsgründen Punktzahlvolumina der Praxis neu festlegen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen. Hierzu zählen insbesondere dauerhafte Veränderungen im Umfeld der Praxis (Satz 2 a.a.O.). In § 12.6.2. HVM ist unter "sonstige Regelungen" geregelt, dass über unbillige Härtefälle infolge der Anwendung dieses HVM der Vorstand auf Antrag entscheidet. Alle genannten Regelungen sollen ihrem Inhalt nach atypischen Situationen durch die Ermöglichung einer Einzelfallentscheidung Rechnung tragen und sind damit als Härtefallregelungen zu qualifizieren. Insgesamt beinhaltet § 12 HVM der Beklagten - insbesondere im Hinblick auf die ganz allgemein gehaltene Regelung in § 12.6.2. HVM - damit ausreichende Härtefallregelungen im Sinne der Vorgaben durch die Rechtsprechung des BSG. Danach kann angesichts der Vielfalt der im Rahmen des Systems praxisindividueller Bemessungsgrenzen denkbaren Konstellationen auf eine mehr oder weniger allgemein gehaltene General- bzw. Härteregeleung nicht verzichtet werden. Dem Satzungsgeber ist es kraft Natur der Sache unmöglich, bei Erlass des HVM alle möglichen besonderen Situationen vorherzusehen und entsprechend zu normieren. Deshalb ist im HVM ausdrücklich vorzusehen, dass in Ausnahmefällen, insbesondere wenn die reguläre Festlegung der Bemessungsgrenze zu einer schweren Härte führen würde, die Bemessungsgrenze nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles festzusetzen ist (BSG, Urt. v. 21. Oktober 1998 - [B 6 KA 65/97 R](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#)).

Auch die Anwendung der genannten Regelungen im vorliegenden Fall ist nicht zu beanstanden. Dabei ist zu beachten, dass die Härtefallregelungen als Ermessensregelungen ausgestaltet sind. Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich deshalb darauf, ob die gesetzlichen Grenzen des Ermessens überschritten worden sind oder von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht worden ist ([§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#)). Dies ist der Begründung der angefochtenen Bescheide zu entnehmen, die bei Ermessenentscheidungen auch die Gesichtspunkte erkennen lassen muss, von denen die Behörde bei der Ausübung des Ermessens ausgegangen ist ([§ 35 Abs.1 Satz 3 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch \(SGB X\)](#)). Soweit die Ermessensgesichtspunkte lediglich

unvollständig oder unklar in der Begründung wiedergegeben worden sind, können sie auch noch bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozialgerichtlichen Verfahrens präzisiert oder ergänzt werden ([§ 41 Abs. 1 Nr. 2](#) u. Abs. 2 SGB X; vgl. auch BSG, Urt. v. 22. Juni 2005 - [B 6 KA 80/03 R](#), a.a.O., juris Rz. 45 m.w.N.).

Ein Fall des § 12.4.2.d) HVM liegt hier schon tatbestandsmäßig ersichtlich nicht vor.

Die Kriterien, nach denen die Beklagte die von der Klägerin geltend gemachten Investitionen berücksichtigt und insoweit einen Härtefall abgelehnt hat, sind im Ergebnis ebenfalls nicht zu beanstanden. Dabei kann dahinstehen, ob Grundlage für die Erhöhung des IPZV im Hinblick auf Zeitraum und Umfang getätigter Investitionen die Regelung in § 12.4.4.j) HVM oder diejenige in § 12.6.2. HVM ist. Entscheidend ist, dass die Beklagte die Umstände des Einzelfalles, die Anlass zu einer vom Regelfall abweichenden Festlegung der IPZV geben können, hinreichend berücksichtigt, d.h. ihren Ermessensspielraum erkannt und in nicht willkürlicher Weise unter Einbeziehung der wesentlichen tatsächlichen Umstände ausgefüllt hat. Dies ist hinsichtlich der umfangreichen Investitionen der Klägerin im Übergangszeitraum von dem alten zu dem neuen HVM der Fall. Die Kriterien des Vorstandsbeschlusses vom 5. August 2003, nach denen Investitionen IPZV-erhöhend berücksichtigt werden können, sind sachgerecht. Die Regelung soll erkennbar Härten ausgleichen, die dadurch entstehen können, dass im Vertrauen auf das Fortbestehen bisheriger HVM- bzw. hier auch EBM-Regelungen mit der Möglichkeit der Steigerung des Honorarvolumens über die Ausweitung des Leistungsumfanges nicht mehr rückgängig zu machende und die Kostenstruktur der Praxis nachhaltig beeinflussende Investitionen getätigt worden sind, weshalb der Zeitpunkt, zu dem Investitionen getätigt wurden und der Umfang der finanziellen Belastung der Praxis durch die Investitionen entscheidende Bedeutung haben. Bei dem Vorstandsbeschluss handelt es sich insoweit um eine ermessensleitende Grundentscheidung, mit der festgelegt ist, unter welchen Voraussetzungen Investitionen überhaupt als Härtefall angesehen werden können. In dem Beschluss ist jedoch eindeutig festgelegt, dass bei Vorliegen der Voraussetzungen im Einzelfall entschieden wird. Die Beklagte hat das ihr insoweit zustehende Ermessen fehlerfrei ausgeübt, indem sie im Einzelnen dargelegt hat, dass eine wirtschaftliche Schiefelage bei der Klägerin durch die Einführung von IPZV nicht entstanden sei. Dabei ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte allein die unbestrittene finanzielle Einbuße der Klägerin durch den HVM 2003 gegenüber den Erwartungen unter Geltung des alten HVM nicht bereits als Härte angesehen, sondern hierfür auf eine wirtschaftliche Schiefelage abgestellt hat. Es liegt in der Natur der Sache, dass eine HVM-Regelung, die Praxen an Honorareinnahmen in einem in der Vergangenheit liegenden Vergleichszeitraum festhält und neuen/übernommenen Praxen Wachstum zunächst nur bis zum Gruppenschnitt erlaubt, notwendig und, wie dargelegt, im Sinne der Begrenzung der Punktmenge beabsichtigt der Realisierung höherer Einnahmeerwartungen entgegen steht. Gegenstand einer Härterege lung kann jedoch nicht die typische, sondern nur die atypische Folge einer Regelung sein. Dass die Beklagte bei der Prüfung der Frage einer wirtschaftlichen Schiefelage die gesamte Einnahmesituation der Klägerin, wie sie sich insbesondere auch aus der von dieser überreichten betriebswirtschaftlichen Auswertung ergibt, berücksichtigt hat, ist nicht zu beanstanden. Dies gilt für die Einbeziehung der Einnahmen aus der Behandlung sog. Privatpatienten, die faktisch einen deutlich höheren Anteil haben, als bei der betriebswirtschaftlichen Beratung im Oktober 2001 angenommen ebenso, wie auch der Einnahmen aus ambulanten Operationen aufgrund der entsprechenden Verträge und auch des Umstandes, dass die Klägerin für das erste Folgequartal III/04 über die Wachstumsregelung des HVM bereits eine Steigerung des IPZV um 10 % erreicht hat. Nach der Aufstellung der Beklagten über die Entwicklung der Praxis (Bl. 118 Gerichtsakte) hat sie im Übrigen auch in den folgenden Quartalen ganz überwiegend von der Wachstumsreglung profitiert. Die Verneinung einer wirtschaftlichen Schiefelage bei diesen Gesamtumständen liegt innerhalb des Beurteilungs-/Ermessensspielraums der Beklagten.

Soweit die Beklagte auch darüber hinaus einen Härtefall bezogen auf die veränderte Praxisstruktur der Klägerin verneint hat, ist dies im Ergebnis nicht zu beanstanden. Dabei kann dahinstehen, ob die generelle Beschränkung der Anwendung der Härtefallregelung in § 12.4.4.j) HVM auf Sicherstellungsgesichtspunkte nicht zu eng ist. Das BSG hat in dem Urteil vom 21. Oktober 1998 (- [B 6 KA 65/97 R](#), a.a.O.) ausdrücklich dargelegt, Vergleichbares - mit der zuvor angesprochenen Veränderung der Patientenzahl einer Praxis wegen Schließung einer anderen Praxis - gelte für die Änderung der Behandlungsausrichtung einer (zahn)ärztlichen Praxis im Vergleich zum Bemessungszeitraum, etwa wenn sich ein bisher allgemein zahnärztlich tätiger Vertragszahnarzt auf oral-chirurgische Behandlungen konzentrierte und deshalb höhere Fallwerte erreichte. Damit dürfte die Berücksichtigung der Veränderung der Praxisausrichtung auch unabhängig von Sicherstellungsgesichtspunkten nicht generell von der Härterege lung in § 12.4.4.j) HVM oder jedenfalls der Generalklausel in § 12.6.2. HVM ausgeschlossen sein. Im Übrigen müsste die Beklagte, sofern es im Einzelfall darauf ankäme, näher darlegen, was sie unter Sicherstellungsgründen versteht. Es handelt sich insoweit um einen unbestimmten Rechtsbegriff und es spricht vieles dafür, der Beklagten insoweit einen vom Gericht nur begrenzt überprüfbaren Beurteilungsspielraum einzuräumen. Diese Gesichtspunkte bedürfen hier jedoch keiner Vertiefung. Zum einen trägt die Berücksichtigung von Investitionen nach dem Wortlaut des genannten Vorstandsbeschlusses gerade auch denkbaren Härten aufgrund "kostenträchtige(r) strukturelle(r) Praxisveränderungen" Rechnung. Zum anderen sind im Falle der Klägerin, die einen höheren Punktebedarf aus der Umstrukturierung der Praxis im Sinne der schwerpunktmäßigen Durchführung ambulanter Operationen ableitet, durchaus Sicherstellungsgesichtspunkte betroffen. Das ambulante Operieren soll nämlich, wie den Regelungen in [§§ 39 Abs. 1, 115b SGB V](#) i.V.m. den Vorschriften der AmbOP-V zu entnehmen ist, gefördert werden im Sinne einer Sicherstellung der ambulanten (vertragsärztlichen) Behandlung von Krankheiten, die eine stationäre Behandlung nicht erfordern. Hierüber gibt es verschiedene Modellvereinbarungen/Strukturverträge zwischen der Beklagten und den Krankenkassenverbänden, denen ebenfalls die Zielsetzung zu entnehmen ist, die Strukturen des Ambulanten Operierens in der vertragsärztlichen Versorgung zu sichern und zu stärken (u.a. § 1 Abs. 2 des zum 1. Oktober 2003 in Kraft getretenen Strukturvertrages) nach [§ 73 a SGB V](#) zwischen der AOK Schleswig-Holstein und der Beklagten, veröffentlicht auf der Internetseite der Beklagten). Gleichwohl ist es nicht ermessenfehlerhaft, dass die Beklagte die Erhöhung der IPZV der Klägerin im Hinblick auf die Umstrukturierung der Praxis im Sinne der Spezialisierung auf ambulante Operationen abgelehnt hat. Eine besondere Härte ist insoweit nicht erkennbar. Die Klägerin bezieht nämlich insoweit zusätzliche Honorare, die bei der Beurteilung der Frage der Angemessenheit ihres Honorars (vgl. BSG, Beschl. vom 23. Mai 2007 - [B 6 KA 85/06 B](#), veröffentlicht in juris, Rz. 12) und damit erst recht bei der Frage einer sich im Einzelfall ergebenden Härte zu berücksichtigen sind. In den verschiedenen Verträgen sind für die an den jeweiligen Vereinbarungen teilnehmenden Ärzte für die ambulanten Operationen spezielle Abrechnungsmodi vereinbart worden (vgl. u.a. §§ 9 ff. Strukturvertrag zwischen der KVSH und der AOK Schleswig-Holstein). Diese unterscheiden sich, wie sich aus den umfangreichen von der Beklagten übersandten Unterlagen ergibt, hinsichtlich der Abrechnungsmodalitäten im Einzelnen. Auf diese Einzelheiten ist hier jedoch nicht einzugehen. Entscheidend ist vielmehr, dass es in Gestalt der verschiedenen Verträge spezielle Regelungen für die Vergütung ambulanter Operationen gibt mit der Folge, dass der mit der Zunahme der Anzahl ambulanter Operationen verbundene Anstieg der Punktzahlanforderungen nicht über eine allgemeine Härterege lung im HVM, sondern über die genannten Verträge als speziellere Regelungen zu berücksichtigen ist. Dieser Gesichtspunkt wird in der Ermessensentscheidung der Beklagten mit den Hinweisen auf die zusätzlichen Einnahmen aus den Verträgen über ambulantes Operieren - noch - hinreichend deutlich. Die Klägerin hat in allen streitigen Quartalen an diesen Verträgen teilgenommen und, wie der im Berufungsverfahren von der Beklagten übersandten

Aufstellung über die verschiedenen Abrechnungen zu entnehmen ist (vgl. 135 ff. Gerichtsakte), hieraus jeweils Nachvergütungen erhalten. Dass auch die speziellen vertraglichen Regelungen keine unbegrenzte Mengenausweitung zu gleichbleibend hohen Punktwerten ermöglichen, folgt zwangsläufig daraus, dass auch die für ambulante Operationen zur Verfügung stehende Geldmenge beschränkt ist (vgl. § 11 Strukturvertrag KVSH/AOK). Sofern im Einzelfall die wirtschaftliche Existenz einer Praxis gleichwohl gefährdet sein sollte, mag darüber hinaus auch im Rahmen des § 12.4.4.j) HVM oder des § 12.6.2. HVM ein Ausgleich möglich sein. Hierfür gibt es jedoch im Falle der Klägerin keine Anhaltspunkte. Eine darüber hinaus gehende Sicherstellungsproblematik ist schon deshalb nicht ersichtlich, weil für Patienten auch weiterhin die Möglichkeit besteht, eine Operation ambulant oder ggf. stationär im Krankenhaus durchführen zu lassen, sofern die Kapazität bei den ambulant operierenden Vertragsärzten hierfür (noch) nicht ausreicht.

Das vorliegende Verfahren bietet keinen Anlass, näher auf die Wachstumsmöglichkeiten einer Praxis unter Geltung des § 12 HVM einzugehen. Nach gefestigter Rechtsprechung des BSG muss ein HVM, der Honorarbegrenzungen vorsieht, es unterdurchschnittlichen Praxen ermöglichen, im Wesentlichen abhängig vom eigenen Einsatz innerhalb überschaubarer Zeit den Gruppendurchschnitt zu erreichen (std. Rspr.; vgl. BSG, Urt. v. 10. Dezember 2003 - [B 6 KA 54/02 R](#), a.a.O.; Urt. v. 10. März 2004 - [B 6 KA 3/03 R](#), a.a.O.). Dagegen besteht kein Recht auf ein Wachstum über den Gruppendurchschnitt hinaus (ebenfalls std. Rspr.; vgl. BSG, Urt. vom 10. Dezember 2003 - [B 6 KA 76/03 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 6](#), juris Rz. 24 ff.; [B 6 KA 54/02 R](#), a.a.O., juris Rz. 28). Die IPZV der Klägerin lagen in den streitigen Quartalen über dem Gruppendurchschnitt der Augenärzte (III/03 929.367; IV/03 928.003). Im Übrigen hält der Senat das Fehlen von Wachstumsmöglichkeiten innerhalb der Startquartale - nur um diese geht es hier - im Ergebnis für rechtmäßig (vgl. weitere Urt. des Senats vom 13. November 2007 - [L 4 KA 5/07](#) und [L 4 KA 9/07](#)).

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2008-04-25