

## S 14 KA 121/06

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
SG Düsseldorf (NRW)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
14  
1. Instanz  
SG Düsseldorf (NRW)  
Aktenzeichen  
S 14 KA 121/06  
Datum  
05.12.2007  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 11 KA 23/08  
Datum  
07.03.2008  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Die Klage wird abgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Streitig ist das Honorar des Klägers im Quartal II/05, insbesondere im Hinblick auf die Einführung von Regelleistungsvolumina.

Der Kläger ist Facharzt für Chirurgie und zur vertragsärztlichen Versorgung in N zugelassen.

Die Beklagte berechnete das vertragsärztliche Honorar des Quartals II/05 auf Basis des zum 01.04.2005 in Kraft getretenen Honorarverteilungsvertrages (Rhein. Ärzteblatt 3/2005, S. 88ff (HVV)). Mit diesem hatten sich die Vertragspartner darauf verständigt, dass für den Zeitraum ab dem 01.04.2005 der am 30.06.2004 gültige Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten mit den zuletzt für den Zeitraum vom 01.07.2004 bis 31.03.2005 geltenden Änderungen zur Anwendung kommen und insbesondere die bisherige Honorierung nach Individualbudgets weitergeführt werden sollte.

Auf dieser Basis berechnete die Beklagte mit Bescheid vom 31.10.2005 ein vertragsärztliches Honorar des Klägers für das Quartal II/05 in Höhe von 40.644,20 Euro. Dieser Berechnung lag eine Punktzahlanforderung des Klägers in Höhe von 1.133.475,0 Punkten zu-grunde. Bei einem individuellen Punktzahlvolumen der klägerischen Praxis von 960.936,3 Punkten ergab sich eine Kürzung nach § 7 HVV in Höhe von 172.538,7 Punkten. Die Quote der Fachgruppe betrug 66,8653%, die praxisindividuelle Quote 56,6870%.

Der Kläger erhob gegen den Honorarbescheid Widerspruch und rügte die Rechtmäßigkeit der Honorarberechnung, weil die Beklagte keine Regelleistungsvolumina eingeführt habe. Der Bewertungsausschuss habe mit Beschluss vom 29.10.2004 für die Zeit vom 01.04.2005 bis zum 31.12.2005 hiervon nur eine Ausnahme zugelassen, wenn der Honorarverteilungsvertrag vergleichbare Steuerungsmechanismen wie arztgruppenspezifische Grenzwerte, feste Punktwerte, abgestaffelte Punktwerte sowie Fallzahlzuwachsbeschränkungen vorsehe. Das sei hier aber nicht der Fall, denn es sei nur ein über die Quotierung floatender Punktwert vorhanden. Ferner wandle er sich dagegen, dass Honorarkürzungen und Arzneimittelregresse nicht als Position im Abrechnungsbescheid aufgeführt würden, sowie dagegen, dass die Änderung der Besuchsleistungen im EBM (Ziffern 01414, 01102) rückwirkend erfolgt sei.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 06.04.2006 zurück. Die Fortführung der Individualbudgets sei durch den Beschluss des Bewertungsausschusses gedeckt. Danach könnten Steuerungsmodelle, die in den Honorarverteilungsmaßstäben bereits vorhanden waren, für eine Übergangszeit fortgeführt werden, wenn sie in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar seien. Die Individualbudgetregelung sei ein den Regelleistungsvolumina vergleichbares Steuerungs-element. Die gesetzliche Zielsetzung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) sei mit denjenigen, die für die Einführung der Individualbudgets maßgebend gewesen seien, deckungsgleich. Die Rechtmäßigkeit der Individualbudgets sei durch die Rechtsprechung des Bundessozialgericht (BSG) bestätigt. Im Übrigen sei die Änderung der Besuchsleistungen im EBM erst zum 01.07.2005 in Kraft getreten.

Der Kläger hat am 24.04.2006 Klage erhoben. Mit dieser verfolgt er sein Begehren vollumfänglich weiter. Ergänzend trägt er vor, dass die Quoten gegenüber den Vorquartalen I/05 und IV/04 gesunken seien, obwohl die Gesamtvergütung um 17,6 Mio. Euro gegenüber der Vorjahressumme liege. Das liege an der fehlerhaften Honorarverteilung. Dem Verteilungsbetrag seien im Vergleich zum Quartal II/04 7% entzogen worden. Die Vereinbarung mit den Ersatzkassen, die über dem Individualbudget liegenden Leistungen nur mit einem floatenden Punktwert zu vergüten, habe dem Individualbudget 15,2 Mio. Euro entzogen. Darüber hinaus sei ein wesentlicher Teil der Vergütung der Fachärzte in den Psychotherapeutentopf verlagert worden. Diese ganzen Umstände seien vorhersehbar gewesen, weswegen der

grundsätzlich zur Verfügung stehende Beurteilungsspielraum auf Null gesunken und keinem Beobachtungszeitraum zugänglich sei.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Honorarbescheides für das Quartal II/05 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 06.04.2006 zu verurteilen, über sein vertragsärztliches Honorar für das Quartal II/05 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Entgegen der Auffassung des Klägers seien Arzneikostenregresse buchungstechnisch im Honorarbescheid erfasst. Da diese jedoch nicht quartalsgleich durchgeführt würden, werde der Arzneiregress um die Quartalsangabe im Bescheid ergänzt. Die Honorarkürzungen würden demgegenüber quartalsgleich durchgeführt, so dass der Prüfbescheid die Kürzung lediglich in Punkten ausweisen könne. Eine andere Vorgehensweise sei bereits nach der Systematik der Abrechnung an sich nicht möglich. Hinsichtlich der beanstandeten Nicht-einführung der Regelleistungsvolumina verweise sie auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid. Ergänzend weist sie darauf hin, dass der für das Quartal II/05 geltende HVV eine Vergütung überschreitender Leistungsmengen mit abgestaffelten Punktwerten vorsehe. Der Beschluss des Bewertungsausschusses spreche auch lediglich generell von vergleichbaren Steuerungselementen, nicht davon, dass eine Regelung eins zu eins im HVV normiert gewesen sein müsste. Regelungen zur Fallzahlbegrenzung seien mangels Einführung von Regelleistungsvolumina nicht erforderlich. Die Einführung des EBM hindere die Weiterführung der Individualbudgets nicht. Einer gesicherten Datenlage sei im Interesse der Vertragsärzte der Vorrang einzuräumen. Zudem sei der Zeitraum, in dem die Individualbudgetregelung angefochten werde, überschaubar und diene ausschließlich dem Ziel, auch dem Kläger weiterhin eine Planungs- und Kalkulationssicherheit zu geben. Gerade die Einführung des EBM widerspreche einer Reduzierung auf Null und für den Beurteilungsspielraum der Beklagten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist unbegründet.

Der Kläger ist durch den angefochtenen Honorarbescheid nicht im Sinne von [§ 54 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) beschwert, denn dieser ist nicht rechtswidrig. Ein Anspruch auf Neuberechnung des vertragsärztlichen Honorars für das Quartal II/05 ergibt sich nicht.

Rechtsgrundlage für die Honorarberechnung des vertragsärztlichen Honorars des Klägers für das Quartal II/05 ist der zum 01.04.2005 gültige HVV, den die Beklagte gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkasse auf Landesebene und den Ersatzkassenverbänden vereinbart hat. In [§ 7 Abs. 1 HVV](#) ist vorgesehen, dass jede vertragsärztliche Praxis bzw. jedes ab dem 01.07.2004 nach [§ 95 Abs. 1 SGB V](#) zugelassene Medizinische Versorgungszentrum und jeder ermächtigte Arzt für punktzahlbewertete Leistungen ein maximal abrechenbares individuelles Punktzahlvolumen (Individualbudget) erhalten. Leistungen, die eine vertragsärztliche Praxis, ein Medizinisches Versorgungszentrum und ein ermächtigter Arzt über das jeweils zugeordnete maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen hinaus abrechnen, unterliegen nach [§ 7 Abs. 2 HVV](#) der Kürzung auf dieses Punktzahlvolumen. Die nach der Kürzung verbleibenden punktzahlbewerteten Leistungen einer vertragsärztlichen Praxis werden mit einem rechnerischen Punktwert von 5,11 Cent gemessen an der jeweils zur Verfügung stehenden Höhe der Gesamtvergütung bewertet mit der Folge, dass sich quartalsweise eine Fachgruppenquote ergibt, die auf das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen anzuwenden ist, [§ 7 Abs. 2 Satz 2 HVV](#).

Die Vertragspartner berufen sich für die Erstellung des HVV auf [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#). Diese Vorschrift sieht in der Fassung, die sie durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-GMG vom 14.11.2003, [BGBl. I S. 2190](#); in Kraft getreten zum 01.01.2004) erhalten hat, vor, dass die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte verteilt; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) wendet sie dabei ab dem 01.07.2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30.04.2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Ferner hat der Verteilungsmaßstab Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen. 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](#).

Unter Bezugnahme auf die letztgenannte Vorgabe beanstandet der Kläger die Honorarverteilung für das Quartal II/05, weil die Beklagte und ihre Vertragspartner der gesetzlichen Verpflichtung zur Einrichtung von sog. Regelleistungsvolumina nicht nachgekommen seien.

Dieser Auffassung ist jedoch nur insoweit zuzustimmen, als [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) zum 01.01.2004 dahingehend geändert worden ist, dass die bisher als Soll-Vorschrift ausgestaltete Regelung zu den Regelleistungsvolumina nun verbindlich vorgegeben wird (vgl. [BT-Drucksache 15/1525, S. 101](#)). Darüber hinaus ist dem Bewertungsausschuss allerdings die Kompetenz übertragen worden, Vorgaben für die Umsetzung von Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Menge der abgerechneten Leistungen der Vertragsärzte und zur Umsetzung der Regelungen zu den Regelleistungsvolumina zu beschließen, [§ 85 Abs. 4a Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#). Entsprechende Vorgaben erfolgten mit Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 46, 12.11.2004; A 3129). Unter II. seines Beschlusses empfiehlt der Bewertungsausschuss den Partnern der Honorarverteilungsverträge zunächst, die bis zum 31. Dezember 2004 gültigen Honorarverteilungsverträge bis zum 31. März 2005 anzuwenden. Sodann trifft er unter III. differenzierte Regelungen für den Zeitraum vom 01. April 2005 bis zum 31. Dezember 2005 für die Bildung von Regelleistungsvolumina gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#). Für die Anwendung von Regelleistungsvolumina enthält der Beschluss unter III. 2.2 folgende Regelung: "Sofern in einer Kassenärztlichen Vereinigung zum 31. März 2005 bereits Steuerungsinstrumente vorhanden sind, die in ihren Auswirkungen mit der

gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar sind, können diese bis zum 31. Dezember 2005 fortgeführt werden, wenn die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene das Einvernehmen hierzu herstellen. Wird kein Einvernehmen durch die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene hergestellt oder sind solche Steuerungselemente, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar sind, nicht vorhanden, finden Regelleistungsvolumen gemäß 3. mit Wirkung zum 1. April 2005 Anwendung." Die Honorarverteilung gemäß Honorarverteilungsvertrag vom 01.04.2005 würde sich demnach nur dann als rechtswidrig erweisen, wenn entweder kein Einvernehmen zwischen der Beklagten und den Landesverbänden der Krankenkassen über die Fortführung der Individualbudgets über den 31.03.2005 hinaus erzielt worden wäre oder die Individualbudgets selbst nicht den Vorgaben des Bewertungsausschusses entsprechen, mithin keine Steuerungselemente darstellen würden, die in ihren Auswirkungen mit der Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar sind. Beide Vorgaben sind nach Auffassung der Kammer jedoch vorliegend erfüllt.

Das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen ergibt sich bereits aus dem geschlossenen Honorarverteilungsvertrag selbst. In dessen Präambel ist festgehalten, dass die Vertragspartner gemeinsam die Auffassung vertreten, dass im Hinblick auf den zum 01.04.2005 in Kraft getretenen neuen EBM 2000 plus eine umfassende Überarbeitung der Inhalte des Honorarverteilungsvertrages zum jetzigen Zeitpunkt nicht sinnvoll sei. Im Übrigen habe der Bewertungsausschuss nach [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) durch Beschluss in seiner 93. Sitzung die Möglichkeit eröffnet, für den Zeitraum vom 01.04.2005 bis zum 31.12.2005 den bisher gültigen Honorarverteilungsvertrag als Übergangsregelung fortzuführen. Aufgrund dessen komme für den Zeitraum ab dem 01.04.2005 der am 30.06.2004 gültige Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten mit den zuletzt für den Zeitraum vom 01.07.2004 bis 31.03.2005 geltenden Änderungen in der nachstehenden Fassung zur Anwendung. Daraus lässt sich nach Auffassung der Kammer ohne weiteres entnehmen, dass hinsichtlich der Fortführung der Individualbudgets Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages bestand.

Darüber hinaus durften die Vertragspartner des HVV auch davon ausgehen, dass die Individualbudgets den Vorgaben des Bewertungsausschusses entsprechen. Für den anzuwendenden Prüfungsmaßstab ist hier zunächst auf den Wortlaut des Beschlusses abzustellen. Der Bewertungsausschuss hat auf Steuerungselemente abgestellt, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar sind. Da mit ist nicht wesentlich, dass die Steuerungselemente in ihrer konkreten Ausgestaltung identisch sind. Bedeutend ist vielmehr, dass das erzielte Ergebnis, also die Auswirkung der jeweiligen Regelung, vergleichbar ist.

Regelleistungsvolumen sind arztgruppenspezifische Grenzwerte, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum 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 (vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 Ziffer III. 2.1). Nach der Gesetzesbegründung zu [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) soll durch die Regelung erreicht werden, dass die von den Ärzten erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Grenzwert mit festen Punktwerten vergütet werden und den Ärzten insoweit Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihrer Praxisumsätze und -einkommen gegeben wird. Leistungen, die den Grenzwert überschreiten, sollen mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werden; damit soll zum einen der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung getragen werden, zum anderen soll der ökonomische Anreiz zur übermäßigen Mengenausweitung begrenzt werden ([BT-Drucksache 15/1525, S. 101](#)).

Die Rechtmäßigkeit der Individualbudgets hat das BSG in seinen Urteilen vom 10.12.2003 (vgl. z. B. [B 6 KA 54/02 R](#)) bejaht. In diesem Zusammenhang hat das BSG ausgeführt, dass Honorarbegrenzungsregelungen dem Gebot der leistungsproportionalen Verteilung sowie dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit widersprechen könnten, weil Honorarkürzungen bei Überschreitung sog. individueller Leistungsbudgets zur Folge haben, dass sich das Honorar vermindert, obwohl auch die Leistungen, die nicht in die Vergütung mit einbezogen sind, der Leistungsbeschreibung im EBM entsprechend erbracht worden sind. Bei dem Gebot der leistungsproportionalen Verteilung handele es sich jedoch nur um einen Grundsatz. Von diesem dürfe abgewichen werden, wenn die Kassenärztliche Vereinigung damit andere billigenwerte Zwecke verfolgt. Solche anerkanntswerte Zielsetzungen könnten in einer Stabilisierung des Auszahlungspunktwertes durch die Begrenzung des Anstiegs der zu vergütenden Leistungsmenge liegen, weil auf diese Weise den Vertragsärzten für einen bestimmten Anteil des vertragsärztlichen Honorars eine gewisse Kalkulationssicherheit gewährleistet werde (BSG a.a.O.). Bereits bei der Einführung sog. Honorarkontingente war die sachliche Rechtfertigung in dem Ziel gesehen worden, die Anreize zur Ausweitung der Leistungsmenge zu verringern, dadurch die Gesamthonorarsituation zu stabilisieren und damit die Kalkulierbarkeit der Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit zu verbessern sowie die Versorgungsqualität zu steigern (BSG Urteil vom 21.10.1998 [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) S. 205f). Entsprechendes gilt für die Individualbudgets. Auch für diese ist es als billigenwertes Ziel angenommen worden, dass die Beklagte eine Stabilisierung des Auszahlungspunktwertes und damit eine gewisse finanzielle Kalkulationssicherheit erreichen wollte (BSG Urteil vom 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) -).

Demnach sind die Regelleistungsvolumina und die Individualbudgets nach Auffassung der Kammer in ihren Zielsetzungen sowohl hinsichtlich der Kalkulationssicherheit als auch hinsichtlich der Leistungsmengenbegrenzung vergleichbar. Das gilt ebenfalls für die Auswirkung des jeweiligen Steuerungselements. Der Hinweis des Klägers auf die gegenüber den Vorquartalen gesunkene Fachgruppenquote hat in diesem Zusammenhang keine Aussagekraft. Es wäre vielmehr reine Spekulation, diesen Umstand auf die fehlende Einführung von Regelleistungsvolumina zurückzuführen. Die vertragsärztliche Vergütung hängt von den verschiedensten Faktoren ab. Hinzu kommt, dass es durch die Änderung des EBM zum 01.04.2005 zu Verwerfungen für einzelne Fachgruppen gekommen ist (vgl. KVNO aktuell Heft 11/2005, S. 8f), weswegen ein entsprechender Zusammenhang zwischen den gesunkenen Quoten und der Nichteinführung von Regelleistungsvolumina nicht zwingend ist. Ferner haben sich aufgrund von Höherbewertungen im Bereich der nicht-budgetierten Leistungen Veränderungen in der Vergütungsstruktur ergeben, die bei begrenzter Gesamtvergütung zwangsläufig Auswirkungen auf die Honorierung der budgetierten Leistungen haben müssen. Des Weiteren ist für die Kammer ausschlaggebend, dass das Morbiditätsrisiko auch nach Änderung des SGB V zum 01.01.2004 nach wie vor bei den Vertragsärzten geblieben ist. Hätte die Beklagte die Honorarverteilung mittels Regelleistungsvolumina vorgenommen, wäre hieraus keine Erhöhung der Gesamtvergütung gefolgt. Die Beklagte hätte daher auch unter Geltung von Regelleistungsvolumina die Vergütung der Leistungen zu einem festen Punktwert nur bis zu einem bestimmten Umfang vorsehen können. Bei einem Mehr an Leistungen wäre auch hier die Folge ein sinkender bzw. floatender Punktwert für den Rest der Leistungen gewesen, welche die Beklagte nicht mit einem festen Punktwert vergütet.

Soweit der Kläger auf einen auf Null reduzierten Beurteilungsspielraum der Beklagten hinweist, der zu einer anderen Honorarverteilung insgesamt unter Einbeziehung des außerhalb des Honorarbereiches Individualbudget liegenden Anteils insbesondere der nicht budgetierten

Leistungen und der Vorweg-Leistungen hätte führen müssen, erschließt sich schon der Zusammenhang mit einer etwaig fehlerhaften Nichteinführung von Regelleistungsvolumina nicht. Auch für diese hat der Bewertungsausschuss in Ziffer III. 4 seines Beschlusses bestimmte Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen vorgesehen, die nicht den Regelleistungsvolumina unterliegen sollen. Hierzu gehören z.B. Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall sowie hausärztliche Strukturleistungen. Dass die Einführung von Regelleistungsvolumina die von dem Kläger gewünschte Honorarverteilung - ungeachtet dessen, ob hierdurch ein höherer Punktwert zu erzielen gewesen wäre - zur Folge gehabt hätte, ist daher nicht anzunehmen. Nur der Vollständigkeit halber ist anzumerken, dass die Honorarverteilung der Beklagten und ihrer Vertragspartner auch insoweit den Regelungen des Bewertungsausschusses in seinem Beschluss vom 29.10.2004 vergleichbar ist.

Vor diesem Hintergrund ist der mit Wirkung zum 01.04.2005 eingeführte HVV als rechtmäßig hinsichtlich der Fortführung der Individualbudgets anzusehen. Die auf Basis der Individualbudgets vorgenommene Berechnung des vertragsärztlichen Honorars für das Quartal II/05 ist daher nicht zu beanstanden mit der Folge, dass der entsprechende Honorarbescheid nicht als rechtswidrig qualifiziert werden kann.

Schließlich ist der Honorarbescheid auch nicht deshalb als rechtswidrig anzusehen, weil ihm die von dem Kläger beanspruchten Informationen fehlen. Insoweit ist bereits eine etwaige Beschwerde des Klägers zweifelhaft. Denn es ist weder vorgetragen noch sonst wie belegt, dass im Quartal II/05 eine Honorarkürzung vorgenommen worden ist. Das kann letztlich aber dahinstehen, weil sich keine Rechtsgrundlage dafür ergibt, eine entsprechende Honorarkürzung als eigenständigen Wert im Honorarbescheid ausgewiesen zu erhalten. Dass der Honorarbescheid grundsätzlich dem Bestimmtheitsgebot entspricht hat das BSG bereits unter dem 09.12.2005 - [B 6 KA 83/03 R](#) - entschieden. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf die Ausführungen des BSG Bezug genommen, denen sich die Kammer nach eigener Prüfung vollinhaltlich anschließt. Zudem hat die Beklagte nachvollziehbar dargelegt, dass die gewünschte Position im Honorarbescheid nicht darstellbar ist. Die Honorarkürzungen, die Folge einer Wirtschaftlichkeitsprüfung sind, werden quartalsgleich durchgeführt. Dass heißt, dass der Prüfungsausschuss lediglich die zu kürzende Punktzahlmenge festlegen kann. Die entsprechende Quotierung bzw. der jeweilige Punktwert können ihm zu diesem Zeitpunkt noch nicht bekannt sein. Im Gegenteil wird die individuelle Quotierung durch die vorher durchzuführenden Wirtschaftlichkeitsprüfungen beeinflusst. Aus diesem Grund ergibt sich aus dem jeweiligen Prüfbescheid gemeinsam mit dem entsprechenden Quartalsbescheid die erforderliche Transparenz in der Honorierung. Denn durch den Honorarbescheid wird regelmäßig das Honorar festgesetzt, auf das der Vertragsarzt rechtmäßig Anspruch hat. Demgemäß sind Honorarkürzungen aufgrund unwirtschaftlicher Behandlungstätigkeit vorher herauszurechnen, denn hierauf hat der jeweilige Vertragsarzt keinen Anspruch.

Abschließend ist noch darauf hinzuweisen, dass die von dem Kläger beanstandete Änderung des EBM im Quartal II/05 noch nicht galt, weshalb sich keine Beschwerde des Klägers für das Quartal II/05 ergeben kann.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2012-04-10