

S 12 KA 446/07

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 446/07
Datum
16.11.2011
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 72/11
Datum
29.01.2014
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 Regelleistungsvolumina im HVV der KV Hessen sind an die Vorgaben des Bewertungsausschusses anzupassen. Dies ist in der Ergänzungsvereinbarung vom 15.09.2011 nicht erfolgt.

Nach Durchführung der 15 %-Stützungsregelung nach dem HVV der KV Hessen darf keine weitere Verminderung des Punktwertes durchgeführt werden, soweit der Punktwert dann unter die sog. Interventionsschwelle sinkt.

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

1. Unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale II bis IV/05 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.09.2007 wird die Beklagte verpflichtet, die Klägerin über ihre Honoraransprüche für die Quartale II bis IV/05 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Die Klägerin hat $\frac{1}{4}$, die Beklagte $\frac{3}{4}$ der Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat der Klägerin $\frac{3}{4}$ der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die drei Quartale II bis IV/05.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxissitz in A-Stadt. Ihre beiden Mitglieder nehmen als Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Praxis gehört der Honorar(unter)gruppe B 2.14 an und ist abrechnungstechnisch der Fachgruppe/Arztgruppe VfG 59-30 zugeordnet.

In den Quartalen II/04 bis I/05 ergaben sich folgende Honorarfestsetzungen:

Quartal II/04 III/04 IV/04 I/05
Bruttohonorar PK + EK in EUR 114.644,14 101.487,45 111.127,18 117.788,37
Fallzahl 889 795 871 904
Oberer Punktwert HG 2 in Ct. PK/EK 3,244/3,531 3,385/3,481 3,396/3,529 3,037/3,303

In den streitbefangenen Quartalen setzte die Beklagte das Honorar durch Honorarbescheid fest, wogegen die Klägerin jeweils Widerspruch einlegte. Im Einzelnen ergeben sich die Berechnungsdaten und die Daten der Widersprüche aus nachfolgender Übersicht:

Quartal II/05 III/05 IV/05
Honorarbescheid v. 29.06.2006 22.01.2006 12.08.2006 28.11.2006
Widerspruch eingelegt am 20.02.2006 16.08.2006 01.02.2007
Bruttohonorar PK + EK in EUR 125.407,28 102.800,27 110.456,69
Fallzahl 943 811 870 Oberer Punktwert RLV (LB 4.0) in Ct. PK/EK 2,504/3,061 2,611/3,011 2,859/3,397

Fallzahlabhängige Quotierung nach Ziff. 5.2.1 HVV

Fallzahlgrenze 888 780 862

Aktuelle Fallzahl 902 804 867

Quote 98,84 % 98,86 % 99,57 %

Nicht anerkanntes Honorarvolumen in Punkten 30.672,6 24.796,3 13.387,8

Regelleistungsvolumen nach Ziff.6.3 HVM

Fallzahl 894 785 865

Fallwert 2.255,2 2.254,0 2.271,5

Regelleistungsvolumen 1.892.676,6 1.687.119,0 1.846.729,5

Abgerechnetes Honorarvolumen 2.635.279,0 2.179.534,0 2.326.220,0

Überschreitung 742.602,4 492.415,0 479.490,5

Überschreitung im Verhältnis zum Regelleistungsvolumen- 39,2 % 29,2 % 26,0 %

Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV

Fallzahl Referenz-Quartal 889 795 871

Aktuelle Fallzahl 943 811 870

Referenz-Fallwert in EUR 80,2217 72,7356 77,2846

Aktueller Fallwert in EUR 58,8192 61,2899 68,7895

Differenzbetrag in EUR 17,3959 - -

Auffüllbetrag in EUR 15.464,97 - -

Aktueller Fallwert + Differenzbetrag in EUR- im Verhältnis zum Referenz-Fallwert- 76,2151 95,0 % 61,2899 84,3 % 68,7895 89,0 %

-Berechnung der Kammer

Den mit Schreiben vom 16.02.2005 gestellten Anträgen auf Gewährung von Sonderregelungen in den ab II/05 neu definierten Honorarverteilungsbereichen Regelleistungsvolumen und Fallzahlbegrenzung gab die Beklagte im Bereich der Fallzahlbegrenzung mit Bescheid vom 21.10.2005 statt und wies die Anträge im Übrigen zurück. Soweit es die Fallzahlen anbetreffe, werde auf der Basis der gewährten Sonderregelung auch im Quartal II/05 verfahren. Eine Erhöhung der Fallpunktzahlen im Rahmen der Bildung des Regelleistungsvolumens werde abgelehnt. Der Vorstand habe festgelegt, dass Sonderanträge zur Bildung des Regelleistungsvolumens nur noch in Einzelfällen bei Vorliegen einer absoluten Sicherstellungsproblematik per Beschluss des Vorstandes möglich seien. Als Bewertungsvorgabe sei in diesem Zusammenhang ein "Sicherstellungsradius" von 50 km festgelegt worden, d. h. Patienten würden gegebenenfalls größere Entfernungen – speziell zur fachärztlichen Versorgung – zugemutet werden. Aus diesen Gründen habe dem Antrag nicht stattgegeben werden können.

Die Klägerin trug zur Begründung ihres Widerspruchs gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/05 vor, der Honorarbescheid verstoße gegen [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) sowie das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit sowie den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung. Der Honorarverteilungsvertrag sowie die Bildung der Fachgruppentöpfe seien rechtswidrig. Der Punktwert sei somit rechtswidrig ermittelt worden. Bei der Verteilung der Gesamtvergütung sei außer Acht gelieben, dass die Fallzahlen der Kinder- und Jugendpsychiater sich von 7.546 Fällen im Quartal III/04 auf 8.463 Fälle gesteigert habe. Auch die Anzahl der Kinder- und Jugendpsychiater sei gegenüber dem Vergleichsquartal des Vorjahres von 35 auf 39 angestiegen. Dies stelle einen Zuwachs von ca. 11% dar. Dies sei dem Umstand begründet, dass es keine Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendpsychiater gebe, die zu einer Begrenzung der Arztzahlen und damit verbunden zu einer Fallzahlbegrenzung der gesamten Fachgruppe führe. Insofern somit ein Wachstum der Fachgruppe möglich sei, müsse zum Zweck der angemessenen Vergütung der entsprechenden Fachärzte die Bildung der Fachgruppentöpfe diese Entwicklung nachzeichnen und durch gegebenenfalls größere Anteile an der Gesamtvergütung adäquat kompensiert werden. Der Fachgruppentopf sei aber stattdessen von 1.255.013,00 EUR (Quartal III/04) auf 1.209.918,00 EUR im Quartal III/05, mithin um 4%, reduziert worden, während die Fallzahlen der gesamten Fachgruppe um ca. 12% gestiegen seien. Im Quartal II/05 sei ein Honorarvolumen für die Fachgruppe von 1.519.099,00 EUR zur Verfügung gestellt worden. Die geringere Auszahlung im Quartal III/05 verstoße somit gegen [§ 85 Abs. 4 S. 5 SGB V](#), nachdem die Gesamtvergütung gleichmäßig auf das Jahr zu verteilen sei. Die Reduktion der Finanzmittel für den Honorartopf sei auch darauf zurückzuführen, dass Finanzmittel für die im Quartal II/05 ausgezahlten Honorare hätten aufgewandt werden müssen. Dies sei rechtswidrig, da eine Belastung der künftigen Honorare und damit eine Finanzierung zu Lasten zukünftiger Quartale rechtswidrig seien. Die Festlegung des Regelleistungsvolumens sei fehlerhaft. Das Regelleistungsvolumen sei im Honorarverteilungsvertrag mit 2.254 Punkten zu niedrig bemessen. Die pro Fall abzurechnenden Leistungen führten durchschnittlich zu einer höheren Punktbewertung. Dabei sei die Struktur ihrer Praxis noch günstig und unter dem Fachgruppendurchschnitt, weil eine hohe Fallzahl behandelt werde. Durch die Vorgaben des Regelleistungsvolumens im Honorarverteilungsvertrag werde das Verhältnis der Wertigkeit der unterschiedlichen Leistungen nicht mehr durch den Bewertungsausschuss festgelegt. Der Steuerungswirkung des EBM werde hinreichend Rechnung getragen. Es sei eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung, dass ermächtigte Krankenhausinstitute und ermächtigte Ärzte nicht einem Regelleistungsvolumen unterfielen. Es werde außer Acht gelassen, dass sie 22 Patienten behandelt habe, die älter als 21 Jahre gewesen seien. Da bei ihrer Fachgruppe keine Fallpunktzahl für die Altersgruppe der über 21-jährigen zur Verfügung stehe, seien diese Fälle mit einer Fallpunktzahl 0 bewertet worden. Für diese Personengruppe sei von 2.184 Punkten bei den Primärkassen und 2.423 Punkten bei den Ersatzkassen auszugehen. Das Regelleistungsvolumen hätte sich insgesamt um 41.941 Punkte erhöhen müssen. Bereits hieraus resultiere eine höhere Vergütung von 899,22 EUR. Soweit Honoraranteile im Rahmen der Ausgleichsregelung nicht an sie ausgezahlt worden seien, verstoße dies ebenfalls gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Im Quartal III/05 liege bei den Fallwerten eine Abweichung um ca. 16% vor. Aus welchen Gründen eine Ausgleichszahlung nicht erfolgt sei, ergebe sich aus dem Honorarbescheid nicht. Es sei zu vermuten, dass aufgrund der Umverteilung der Fachgruppentöpfe zu Lasten ihrer Fachgruppe kein hinreichendes Honorarvolumen zur Verfügung gestanden habe. Bei entsprechender Stützung hätte sich ein weiterer Honoraranspruch von 9.282,46 EUR ergeben.

Die Beklagte verband alle Widerspruchsverfahren.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.09.2007, der Klägerin am 26.09. zugestellt, wies sie die Widersprüche als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, gemäß Abschnitt III. Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen seien im Honorarverteilungsvertrag Arztgruppentöpfe u. a. auch für die Fachgruppe der Klägerin zu bilden, die die

Abrechnung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage des EBM 2005 berücksichtige. Basis zur Ausstattung der Honorartöpfe sei für das entsprechende Quartal im Jahr 2005 der jeweilige Honoraranteil aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2004 nach Durchführung der Stützung (Nr. 2.1 der Anlage 1 zu Ziff. 7.2 des HVV) und nicht das gesamte Jahr. Die Verteilung erfolge dabei auf Basis der prozentualen Aufteilung der (tatsächlichen) Honorarzählungen. Nur auf diese Weise könne dem in den jeweiligen Quartalen unterschiedlichen Abrechnungsverhalten hinreichend Rechnung getragen werden, so z. B. dem erheblich unterschiedlichen "Sommerquartal". Der jeweilige Punktwert einer Honorargruppe errechne sich demnach, indem zunächst die Honorarforderungen aller Vertragsärzte zu einem rechnerischen Punktwert der vorhandenen Gesamtvergütung gegenübergestellt würden. Reiche die Gesamtvergütung für diesen Punktwert nicht aus, seien Nachforderungen an die Krankenkassen ausgeschlossen. Es müsse eine Quotierung erfolgen. Soweit die so festgestellten Quoten um mehr als 15% von der nach gleicher Vorgehensweise über alle Honorar(unter)gruppen der Honorargruppe B2 gebildeten (mittleren) Quote abwichen, sei nach der Regelung Nr. 2.2 in Anlage 1 zu Ziff. 7.2 HVV, 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% von der mittleren Quote für alle Honorar(unter)gruppen B 2.1 bis B 2.32 durchzuführen. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses würden dadurch eingehalten werden. Eine Stützung anderer Facharztgruppen durch die Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater sei in den Quartalen II bis IV/05 erfolgt. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei hinzunehmen, dass im Rahmen dieser Art der Vergütung bei einem Mengenzuwachs der Auszahlungspunktwert absinke. Die signifikanten Veränderungen innerhalb der Arzt-/Fachgruppe im Vergleich zu den Vorquartalen seien nicht zu erkennen. Der Anstieg der Ärzte in der Arztgruppe sei nicht so gravierend, dass eine Anpassung des Honorarvolumens erforderlich gewesen wäre. Die Anzahl der Ärzte hätte in den Quartalen II und III/04 35 Ärzte betragen, in den Quartalen IV/04 und I/05 36 Ärzte, im Quartal II/05 37 Ärzte, im Quartal III/05 39 Ärzte und im Quartal IV/05 41 Ärzte. Ein nennenswerter Anstieg sei erst in den Quartalen II bis IV/05 zu verzeichnen. Es bestehe aber zunächst nur eine Beobachtungspflicht. Es sei auch fraglich, ob durch den Anstieg der Mitglieder der Fachgruppe tatsächlich eine Absenkung des letztlich zu verteilenden Honorarvolumens stattgefunden habe, da im Gegenzug der Stützungsanteil anderer Fachgruppen durch die Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater sinke und darüber hinaus eine entsprechende Berücksichtigung im Rahmen der fallzahlabhängigen Quotierung erfolge. Gründe für die Verschiebung von Honoraranteilen im Vergleich zu den entsprechenden Quartalen des Jahres 2004 folgten u. a. aus dem Umstand, dass der Leistungsinhalt der HG 2 an die Honorarvertragslage ab dem 01.04.2005 angepasst und neu definiert hätte werden müssen. Der Bewertungsausschuss habe mit Beschluss vom 13.05.2004 die Regelleistungsvolumina beschlossen. Mit Beschluss vom 29.10.2004 habe der Bewertungsausschuss die Umsetzung zum 01.04.2005 festgesetzt. Zur Festsetzung von Fallpunktzahlen sei sie zuständig. Die im Abrechnungsquartal für eine Praxis zutreffende Fallpunktzahl bestimme sich aus der Zugehörigkeit der Ärzte einer Praxis zu einer in der Anlage 1 angeführten Arzt-/Fachgruppe unter Beachtung der angeführten Altersklassen. Das im aktuellen Quartal gültige praxisindividuelle (fallzahlabhängige) Regelleistungsvolumen bestimme sich dann aus der Multiplikation der im aktuellen Quartal ermittelten arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der relevanten Fallzahlen in verschiedene Altersklassen. Die gemäß Ziff. 6.1 HVV zu der Honorargruppe A 2 bzw. B 2 zugeordneten Honorarforderungen einer Praxis würden dem so gebildeten und für das aktuelle Abrechnungsquartal berechneten (fallzahlabhängigen) praxisspezifischen Regelleistungsvolumen gegenübergestellt und bewertet werden. Für die Fachgruppe der Klägerin seien folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen festgelegt worden:

RLV- Fallpunktzahl

Primärkassen Ersatzkassen

Altersgruppe der Patienten in Jahren: 0 - 5 6 - 21 22 - 59) 60 0 - 5 6 - 21 22 - 59) 60

Fallpunktzahl lt. HVV 1.876 2.054 0 0 2.151 2.293 0 0

Nach dem EBM 2005 sei grundsätzlich nur die Behandlung von Patienten bis zum 21. Lebensjahr möglich. Dies folge aus dem Kapitel 14 des EBM 2005, wonach ein Ordinationskomplex bereits nur für Patienten bis zum 21. Lebensjahr vorgesehen sei. Für Fälle, die das 21. Lebensjahr überschritten hätten, betrage die Fallpunktzahl dementsprechend 0 Punkte. Der Bescheid bezüglich der Erhöhung der Fallpunktzahlen sei inzwischen bestandskräftig geworden. Eine Bewertung der überschreitenden Honorarforderung erfolge zu einem unteren Punktwert. Im Quartal II/05 habe dieser (vor Abzug EHV, nach Abzug Honorarbereich C) für den Primärkassenbereich 0,493 Cent und für den Ersatzkassenbereich 0,497 Cent betragen, in den beiden folgenden Quartalen 0,439 Cent/0,497 Cent bzw. 0,493 Cent/0,49 Cent. Soweit für ermächtigte Ärzte die Regelleistungsvolumina keine Anwendung fänden, bestimme Ziff. 6.4 HVV, dass dies wiederum dann nicht gelte, wenn der mit der Ermächtigung begründete Versorgungsauftrag dem eines vergleichbaren voll zugelassenen Arztes entspreche. In den Quartalen III und IV/05 sei ein Ausgleich nach Ziff. 7.5 HVV nicht vorgenommen worden, da das in der Honorar(unter)gruppe zur Verfügung stehende Honorarvolumen einen Ausgleich nicht ermöglicht habe. Diese Berechnung finde ihre Grundlage in Ziff. 7.5.1 HVV, wonach die für eine Stützung bei Fallwertminderungen notwendigen Honoraranteile zu Lasten der jeweiligen Honorar(unter)gruppe gehe, der die Praxis im aktuellen Quartal zugeordnet sei. Diese seien ggf. durch weitergehende Quotierung der Bewertungen bzw. Punktwerte zu generieren, falls die aus der Begrenzung der Fallwerte auf einen Zuwachs von 5% resultierenden Honoraranteile nicht ausreichend sein sollten. Sollte durch eine solche Quotierung die Fallwertminderung (wieder) auf einen Wert oberhalb von 5% ansteigen, führe dies zu keinem weitergehenden Ausgleich. Entsprechende Honoraranteile hätten nicht zur Verfügung gestanden. Ob dies wegen der Stützung des Honorartopfes anderer Fachgruppen durch die Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt sei, könne dahinstehen, da jedenfalls die Stützung rechtmäßig sei.

Hiergegen hat die Klägerin am 18.10.2007 die Klage erhoben. Sie trägt ergänzend zu ihrem Vorbringen im Widerspruchsverfahren vor, aufgrund des Regelleistungsvolumens seien 23% der Leistungen im Quartal II/05 und III/05 zum unteren Punktwert vergütet worden, im Quartal IV/05 21%. Im Quartal III/05 seien insgesamt 22 Fälle mit Patienten über 21 Jahre nicht berücksichtigt worden. 146 Fälle seien nur anteilig berücksichtigt worden. Im Quartal IV/05 seien 5 Fälle mit Erwachsenen nicht berücksichtigt worden und nur 657 von 865 Fällen in vollem Umfang. Das Regelleistungsvolumen der Kinder- und Jugendpsychiater führe dazu, dass in einer durchschnittlichen Praxis ca. 230 Fälle behandelt werden könnten. Bei einer Fallpunktzahl von 2.500 führe dies zu einem Regelleistungsvolumen in Höhe von 575.000 Punkten. Der Ordinationskomplex sei mit 555 Punkten bewertet, so dass 126.650 Punkte allein auf diesen entfielen. Angesichts der Zeitbindung dieser Leistungen von jeweils 10 Minuten seien damit 38 Stunden 20 Minuten Zeitaufwand verbunden. Würden nunmehr die weiterhin häufig vorkommenden Leistungen nach Ziffern 14220 und 14222 in Ansatz gebracht werden, die durchschnittlich mit 290 Punkten bewertet seien und 10 Minuten ärztliche Leistungen voraussetzten, könnten im Rahmen des Regelleistungsvolumens weitere 257 Stunden 40 Minuten erbracht werden. Dies bedeute, dass eine durchschnittliche Kinder- und Jugendpsychiatriepraxis 296 Stunden im Quartal GKV-Patienten im Rahmen des Regelleistungsvolumens versorgen könne. Bei einer 40-Stunden-Woche bedeute dies, dass nach 7 Wochen und 2 Tagen das Regelleistungsvolumen erschöpft sei. Die Regelleistungsvolumen führten in konsequenter Anwendung zu einer systematischen Unterdeckung kinder- und jugendpsychiatrischer Leistungen im GKV-Bereich. Wenn in ihrer Fachgruppe wesentliche Leistungsbestandteile

zum unteren Punktwert vergütet würden, sei eine Stützungsregelung, die lediglich an den oberen Punktwert anknüpfe, sachlich unzutreffend ermittelt worden. Insofern sei bei der Kalkulation nicht berücksichtigt worden, wie viele Leistungen zum oberen bzw. zum unteren Punktwert vergütet würden und wie sich somit der mittlere Punktwert einer Fachgruppe entwickle. Bereits der Anstieg der Ärzte in der Fachgruppe führe zu einer Reduktion des zur Verfügung stehenden Honorars pro Arzt. In den streitgegenständlichen Quartalen betrage der Zuwachs 14%. Durch die Bestimmungen zum Regelleistungsvolumen werde das im EBM festgelegte Werteverhältnis außer Kraft gesetzt. Ihr Honorar sei bei gleichem Leistungsspektrum um 24,14% zurückgegangen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts müsse eine Stützung erfolgen, insofern ein Rückgang um 10 % zu verzeichnen sei. Eine Reduzierung der Praxiskosten sei nicht möglich. Lediglich die Vergütung aufgrund der Sozialpsychiatrievereinbarung reduziere den Rückgang auf 13,67%. Da die entsprechenden Pauschalen jedoch als Personal- und Sachkostenpauschale keinen Arztgewinn oder eine Vergütung für ärztliche Leistungen darstellten, könne eine "Quersubventionierung" durch die Sozialpsychiatrievereinbarung nicht angenommen werden. Diese diene vielmehr dazu, zusätzliches Personal einzustellen. Dies sei keine praxisindividuelle Problematik, sondern bilde sich in der gesamten Fachgruppe ab. Die Beklagte habe sich nicht mit dem prozentualen Anstieg um 16,7% der Anzahl der Ärzte ihrer Fachgruppe auseinandergesetzt. Im Quartal II/05 sei eine um ca. 20% höhere Gesamtvergütung zur Auszahlung als in den sonstigen Quartalen gekommen. Dies resultiere aus dem Umstand, dass bestimmte Rückstellungen aufgelöst und der Honorarverteilung zugeführt worden seien. In den Folgequartalen sei demzufolge ein wesentlich geringeres Honorar zur Auszahlung gelangt. Die Honorarfestsetzung sei rechtswidrig erfolgt. Eine Stützung anderer Fachgruppen hätte unterbleiben müssen. Der Fachgruppentopf hätte die Fall- und Arztlanzahlentwicklung der Fachgruppe nachvollziehen müssen. Der Bescheid vom 21.10.2005 enthalte keine Entscheidung über die Höhe der Fallpunktzahlen, so dass eine entgegenstehende Bestandskraft nicht vorliege. Die individuellen Erwägungen zur Sicherstellungsproblematik hätten keine Auswirkungen auf die Frage, inwiefern das Regelleistungsvolumen von vornherein falsch bestimmt sei. Die Beklagte sei ihrer Beobachtungspflicht nicht nachgekommen. Deshalb sei es zu einem völlig unzureichenden Honorar ihrer Fachgruppe gekommen. Bei einer Kostenquote von 55 % verbleibe als Jahreshonorar ein Betrag von 49.535,96 EUR. Dies unterschreite das vertragsärztliche Durchschnittshonorar von 60.000,00 EUR um 20 %. Der bestandskräftige Bescheid vom 21.10.2005 treffe keine Entscheidung bzgl. der streitgegenständlichen Honorarbescheide. Das Gesamthonorar (HG 2 und HG 4) sei in den Jahren 2004 bis 2006 im Wesentlichen konstant geblieben. Es habe aber aus dem Honorartopf die Steigerung der Fallzahlen aufgrund der Sozialpsychiatrievereinbarung finanziert werden müssen. Die Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung führe wie bei ihr zur Überschreitung der durchschnittlichen Fallzahlen. Unter Berücksichtigung der steigenden Fallzahlen, des steigenden Behandlungsbedürfnisses und der steigenden Arztlanzahlen sei ein Honorarrückgang der Honorargruppe um mehr als 12 % mit dem damit verbundenen Rückgang des Fallwerts nicht mehr zu kompensieren.

Die Klägerin beantragt,
unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale II bis IV/05 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.09.2007 die Beklagte zu verpflichten, sie über ihre Honoraransprüche für die Quartale II bis IV/05 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Unter Verweis auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid im Übrigen trägt sie vor, die Bildung von Arztgruppentöpfen sei im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 vorgesehen. Dies gelte auch für die Arztgruppe, der die Klägerin angehöre. Durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen werde das Honorargefüge ungerechtfertigt zugunsten einzelner und zum Nachteil anderer Ärzte verändert (BSG, Urteil vom 09.09.1998 [B 6 KA 55/97 R](#) -). Richtig sei, dass in den Quartalen II bis IV/05 eine Stützung anderer Facharztgruppen durch die Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt sei. Hintergrund dieser Stützung bilde die in Nr. 2.2 der Anlage 1 zu Ziff. 7.2 HVV vorgesehene Regelung, wonach ein Ausgleich mit dem Ziel der Begrenzung einer Abweichung von 15% von der mittleren Quote zwischen den Honorar(unter)gruppen B 2.1 bis B 2.32 erfolgen könne. Einer Stützung stehe weder die Fall- und Arztlanzahlentwicklung der Fachgruppe der Klägerin noch die Größe der klägerischen Fachgruppe entgegen. Es sei bereits höchst fraglich, ob durch einen Anstieg der Mitglieder der Fachgruppe letztlich überhaupt eine Absenkung des zu verteilenden Honorarvolumens stattgefunden habe. Im Gegenzug sinke der Stützungsanteil anderer Fachgruppen durch die Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater und erfolge zudem eine entsprechende Berücksichtigung im Rahmen der fallzahlabhängigen Quotierung. Je mehr Vertreter einer Fachgruppe tätig seien, desto niedriger falle erfahrungsgemäß der Fallzahlanstieg in der Honorar(unter)gruppe aus. Auch wenn eine fallzahlabhängige Quotierung in den streitgegenständlichen Quartalen geschehen sei, so wäre doch die Quotierung bei erhöhter Fallzahl gravierender ausgefallen. Bei einem Honorartopf mit nur einer geringen Anzahl von Leistungserbringern, aber mit einem relevanten Leistungsbereich, der kumulativ in besonderer Weise von Leistungsausweitungen durch den medizinisch-technischen Fortschritt betroffen sei, bestehe eine verstärkte Beobachtungspflicht. Dies treffe aber auf die Fachgruppe der Klägerin nicht zu. Sie habe dennoch die Entwicklung in der Arztgruppe beobachtet. Der zu verzeichnende Anstieg sei keinesfalls geeignet, eine Anpassung des Honorarvolumens auszulösen. Die Festlegung der Fallpunktzahlen für das Regelleistungsvolumen sei entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses erfolgt. Es sei nicht zu beanstanden, dass für Fachärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie für Patienten über dem 21. Lebensjahr eine Fallpunktzahl von 0 Punkten anzusetzen sei. Dies folge aus dem EBM 2005. Der Ordinationskomplex sei nur für Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr vorgesehen. Die Vergütung der Klägerin sei weitestgehend zum oberen Punktwert erfolgt. Es könne der größte Teil des Gesamtvergütungsvolumens für eine Honorierung zu vollen Punktwerten verwendet werden, so dass für die restlichen Leistungen lediglich geringere Punktwerte verblieben. Dadurch werde gewährleistet, dass sich die Honorarverteilung einem evtl. geringeren Gesamtvergütungsvolumen anpasse. Ein subjektiver Anspruch der Klägerin auf eine höhere Vergütung bestehe nicht. Der Bescheid vom 21.10.2005 enthalte eine ausdrückliche Feststellung über die Ablehnung des Antrags über die Erhöhung der Fallpunktzahlen. Er habe Bestandskraft erlangt.

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, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.09.2007, sind rechtswidrig und waren daher abzuändern. Die Beklagte ist verpflichtet, die Klägerin über ihre Honoraransprüche für diese Quartale unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale II bis IV/05, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.09.2007, sind 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. Nicht in allen Fällen war die Absetzung wegen der Behandlung von Patienten über 21 Jahre rechtmäßig. Im Übrigen sind die Honorarbescheide aber nicht zu beanstanden. Die weiter von der Klägerin 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), 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 Regelleistungsvolumina 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). 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 die Klägerin sind dies z. B. im Honorarbescheid für das Quartal II/05 Leistungen nach Nr. 01210, 01215, 01220, 01411, 01412, 01600, 01601, 01602, 01612, 01621 und 01623 EBM 2005 mit einem Punktezahlvolumen von 88.700 Punkten.

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. Insofern 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 - so in der mündlichen Verhandlung der Kammer am 18.11.2011 - dass das Belassen der alten Regelleistungsvolumina für die Ärzte günstiger sei, sie habe das im Hause durchgerechnet, 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 Punktwertes 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, was die Kammer für unzulässig hält, so hat sie der Klägerin anhand einer nachvollziehbaren Vergleichsberechnung darzulegen, dass auch sie durch ihr Vorgehen nicht benachteiligt wird. Andernfalls wird die Klägerin jedenfalls erneut in ihren 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 Umstand einer Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich oder der Zunahme der Morbidität. 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. Diese Kenntnis hat die Kammer aus dem ebf. am 16.11.2011 zum Az.: [S 12 KA 241/08](#) verhandelten Verfahren, was in der mündlichen Verhandlung bestätigt wurde. Soweit die Beklagte im Verfahren zum Az.: [S 12 KA 241/08](#) 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.

Die mündliche Verhandlung am 16.11.2011 hat ergeben, dass 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 im Quartal II/05 bei 3,075 Ct./3,168 Ct., im Quartal III/05 bei 3,074 Ct./3,202 Ct. und im Quartal IV/05 bei 3,174 Ct./3,288 Ct. betragen hat. Im Primärkassenbereich beruhte dies auf einem durchschnittlichen Punktwert von 3,618 Ct., 3,585 Ct. bzw. 3,735 Ct. Der tatsächlich gezahlte Punktwert lag im Primär- und Ersatzkassenbereich bei 2,735 Ct./3,316 Ct., 2,850 Ct./3,262 Ct. bzw. 3,127 Ct./3,680 Ct. Der tatsächlich gezahlte Punktwert lag damit im Primärkassenbereich unterhalb der Interventionsschwelle von 85% des durchschnittlichen Punktwertes. Er lag, prozentual gemessen an der Interventionsschwelle, bei 88,9%, 93,5%, 98,5%, bzw. in Bezug zum durchschnittlichen Punktwert bei 75,6%, 79,5% und 83%. Für das Quartal mit der höchsten Differenz, dem Quartal III/05, ergibt eine Vergleichsberechnung, dass aufgrund der Differenz zur Interventionsschwelle in Höhe von 0,197 Ct. bei einer Punktzahlanforderung für das Regelleistungsvolumen in Höhe von insgesamt 894.173,0 Punkten rechnerisch ein um 1.761,52 EUR geringeres Honorar entsteht.

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](#) = [NJW 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. Zum anderen verstößt es gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, 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 die Klägerin nicht, da sie durch die Gewährung des Ausgleichsbetrages nach Ziff. 7.5 HVV eine ausreichende Kompensation erhalten hat. Für die Quartale III und IV/05 hat die Klägerin aber keinen Ausgleichsbetrag erhalten, obwohl ihr Fallwert unter die Interventionsschwelle gesunken ist, da Gelder innerhalb der Fachgruppe nicht ausreichend zur Verfügung standen und Gelder aus Rücklagen, anders als im Quartal II/05, nicht mehr verwandt wurden oder nicht mehr zur Verfügung standen.

Soweit die Beklagte im Quartal III/05 insgesamt 22 Fälle und im IV/05 5 Fälle mit Patienten über 21 Jahre nicht berücksichtigt hat, ist dies nicht in allen Fällen rechtmäßig.

Eine Behandlung erwachsener Patienten über 21 Jahre ist grundsätzlich nicht möglich. Dies schließt nicht aus, dass Kinder- und Jugendpsychiater auch in indikationsbedingten Ausnahmefällen erwachsene Patienten über 21 Jahre behandeln.

Wer eine Gebietsbezeichnung führt, darf grundsätzlich nur in dem Gebiet, wer eine Teilgebietsbezeichnung führt, darf im Wesentlichen nur in den Teilgebieten tätig werden, deren Bezeichnung er führt (§ 34 Abs. 1 Hessisches Gesetz über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz) v. 10. November 1954, GVBl. S. 193 in der Fassung v. 07. Februar 2003, GVBl. I S. 66). Entsprechend bestimmt die Weiterbildungsordnung der hessischen Ärztekammer, dass der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung zur Facharztbezeichnung in einem Gebiet, zur Schwerpunktbezeichnung im Schwerpunkt eines Gebietes oder zur Zusatzbezeichnung führt. Ein Gebiet wird als ein definierter Teil in einer Fachrichtung der Medizin beschrieben. Die Gebietsdefinition bestimmt die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit (§ 2 Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen, nach den Beschlüssen der Delegiertenversammlung vom 02. Juli 2005, veröffentlicht in: Hessisches Ärzteblatt 10/2005).

Das Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bei Heranwachsenden auch unter Beachtung ihrer Einbindung in das familiäre und soziale Lebensumfeld (Nr. 14 Musterweiterbildungsordnung bzw. Nr. 14 Hessische Weiterbildungsordnung).

Damit beschränkt sich das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, d. h. von Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, und Heranwachsenden, d. h. von Personen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres.

Die Grenzen der auf landesrechtlicher Grundlage beruhenden Fachgebietsbezeichnung sind auch bei der vertragsarztrechtlichen Tätigkeit einzuhalten (vgl. BSG v. 20.10.2004 [B 6 KA 67/03 R - BSGE 93, 269](#) = [SozR 4-2500 § 95 Nr. 9](#), juris Rn. 18; BSG v. 08.09.2004 - [B 6 KA 27/03 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 7](#), juris Rn. 13 m.w.N.). Die Heilberufs- bzw. Kammergesetze der Länder und die auf der Grundlage von Ermächtigungen in diesen Gesetzen von der Ärztekammer der Länder erlassenen Weiterbildungsordnungen normieren die Verpflichtung des Arztes, seine Tätigkeit auf dieses Fachgebiet zu beschränken. Die Grenzen sind rechtmäßig, soweit die betroffenen Leistungen für das Fachgebiet nicht wesentlich und nicht prägend sind, die Abgrenzung vom fachlich medizinischen Standpunkt aus sachgerecht ist und der Facharzt in der auf sein Fachgebiet beschränkten Tätigkeit eine ausreichende Lebensgrundlage finden kann. Der über die Frage der Fachfremdheit von konkreten Behandlungsmaßnahmen entscheidende Tätigkeitsrahmen eines Gebietsarztes wird durch die auf landesrechtlicher Grundlage beruhende Fachgebietsbezeichnung begrenzt (vgl. BSG, Ur. v. 08.09.2004 - [B 6 KA 27/03 R](#) - aaO. Rdnr. 13; BSG, Ur. v. 08.09.2004 - [B 6 KA 32/03 R](#) - juris Rdnr. 13; BSG, Ur. v. 12.09.2001 - [B 6 KA 89/00 R - SozR 3-2500 § 95 Nr. 33](#), juris Rdnr. 16; BSG, Ur. v. 29.09.1999 - [B 6 KA 38/98 R - BSGE 84, 290](#) = [SozR 3-2500 § 95 Nr. 21](#), juris Rdnr. 14). Nach der Rechtsprechung des BVerfG ist dies zulässig (vgl. BVerfG v. 16.07.2004 - [1 BvR 1127/01 - SozR 4-2500 § 135 Nr. 2](#), juris Rdnr. 22; BVerfG v. 17.06.1999 - [1 BvR 1500/97 - SozR 3-2500 § 72 Nr. 10](#) = [NJW 1999, 3404](#), juris Rdnr. 5; BVerfG v. 09.05.1972 - [1 BvR 518/62, 1 BvR 308/64 - BVerfGE 33, 125](#) = [NJW 1972, 1504](#), juris Rdnr. 123 ff.). Die Grenzen einer gebietsärztlichen Betätigung beruhen zum einen auf objektiven Umständen. Diese bestehen darin, dass Leistungen nach Methode oder nach Körperregion nur von anderen Gebietsärzten erbracht werden dürfen. Zum anderen liegen Beschränkungen unter dem Gesichtspunkt der Fachfremdheit darin, dass der subjektive Behandlungsanlass stets auf Leistungen für fachgebieteigene Indikationen bezogen sein muss; denn selbst wenn objektive Grenzen nicht bestehen, dürfen Gebietsärzte Leistungen nicht aus Anlässen erbringen, die für sie fachfremd sind (vgl. BSG, Ur. v. 05.02.2003 - [B 6 KA 15/02 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 1](#), juris Rdnr. 15). Für die Einhaltung der Fachgebietsgrenzen kommt es nicht auf die persönliche Qualifikation des Arztes an. Auch ein Arzt, der berufsrechtlich mehrere Gebietsbezeichnungen führen darf, aber nur für ein Fachgebiet zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, muss sich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auf Leistungen des Gebietes beschränken, für das er zugelassen ist. Aus der unbeanstandeten Abrechnung bestimmter Leistungen über einen längeren Zeitraum erwächst für den betroffenen Vertragsarzt kein Recht, auch in Zukunft entsprechend abrechnen zu dürfen (vgl. BSG, Ur. v. 20.03.1996 - [6 RKA 34/95 - SozR 3-2500 § 95 Nr. 9](#), juris Rdnr. 14 ff.; BSG, Ur. v. 23.09.1969 - [6 RKA 17/67 - BSGE 30, 83](#), 87 f. = [SozR Nr. 33 zu § 368a RVO](#)). Nach dem Bundessozialgericht sollen sachlich-rechnerische Richtigstellungen Einschränkungen durch den Grundsatz des Vertrauensschutzes unterliegen, wenn die KV über einen längeren Zeitraum eine systematisch fachfremde oder eine ohne ausreichende fachliche Qualifikation ausgeübte Tätigkeit wissentlich geduldet und der Vertragsarzt im Vertrauen auf die weitere Vergütung solcher Leistungen weiterhin entsprechende Leistungen erbracht hat (vgl. BSG, Ur. v. 05.02.2003 - [B 6 KA 15/02 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 1](#), juris Rdnr. 20; BSG, Ur. v. 12.12.2001 - [B 6 KA 3/01 R - BSGE 89, 90](#) = [SozR 3-2500 § 82 Nr. 3](#) m.w.N., juris Rdnr. 39). Die Kassenärztliche Vereinigung muss Anlass zu einer Vertrauensbetätigung gegeben haben und beim Arzt muss insoweit Schutzwürdigkeit bestehen (vgl. BSG v. 05.02.2003 - [B 6 KA 15/02 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 1](#), juris Rn. 19). Seitens der Kassenärztlichen Vereinigung muss damit ein konkludentes Verhalten oder die Setzung eines Vertrauensstatbestandes vorliegen.

Soweit nach der neueren Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts die Annahme, ein Facharzt verstoße unabhängig vom Umfang seiner gebietsfremden Tätigkeit gegen das Gebot, nur in seinem Fachgebiet tätig zu werden, sofern er nur "systematisch" gebietsüberschreitend tätig werde, als mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit unvereinbar angesehen wird (vgl. BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 01.02.2011 - [1 BvR 2383/10 - GesR 2011, 241](#) = [ZMGR 2011, 113](#) = [MedR 2011, 572](#), juris Rdnr. 20), bedeutet dies nicht, dass eine gebietsüberschreitende Tätigkeit auch im vertragsarztrechtlichen Bereich zulässig ist. Insofern konturiert der EBM 2005, aufbauend auf den weiterbildungsrechtlichen Fachgrenzen die Abgrenzung in verbindlicher Weise. Hierzu gehört auch grundsätzlich das Absehen von

Gebührensatz für Personen über 21 Jahre für die Fachgruppe der Klägerin. Dies ist aber dann rechtswidrig, wenn die Behandlung solcher Personen auch aus medizinischer Sicht zum eigentlichen Fachgebiet des Arztes gehört.

Eine Behandlung älterer Patienten ist daher nur im Ausnahmefall möglich. Ein solcher muss indikationsbezogen sein. Ein Ausnahmefall setzt indikationsbezogene Gründe, also an der Art der zu behandelnden Krankheit oder in der Person des Patienten liegende Gründe voraus. Rein persönliche Bindungen begründen keinen Ausnahmefall (vgl. a. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 12.08.2003 - [L 5 KA 1403/02](#) - juris; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.06.2001 - [L 5 KA 4347/00](#) - juris).

Soweit ein solcher Ausnahmefall vorliegt, handelt es sich noch um einen Jugendlichen i. S. des Gebührenrechts und sind die Bestimmungen des EBM 2005 entsprechend gesetzes- und verfassungskonform auszulegen. Die Leistungen für diese Patienten sind so zu vergüten, als hätten sie das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet. Insofern sind diese Fälle in die Berechnung des Regelleistungsvolumens einzubeziehen und sind die abgerechneten Leistungen zu vergüten, so auch der Ordinationskomplex nach Ziff. 14211 EBM 2005.

Ein Vertragsarzt ist aber verpflichtet, jedenfalls auf Nachfrage im Einzelnen die Voraussetzungen für einen Ausnahmefall darzulegen. Soweit dies grundsätzlich nicht im Gerichtsverfahren nachgeholt werden kann (vgl. SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 - [S 12 KA 325/09](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris), gilt dies hier nicht, da die Beklagte allein wegen der Altersgrenze eine Vergütung abgelehnt hat und die Klägerin nicht auf die Möglichkeit des Vorliegens eines Ausnahmefalles hingewiesen hat.

Die Klägerin hat mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 27.11.2009 zu 13 Patienten vorgetragen.

Bei den Patienten KB., geb. xxx (Behandlungsbeginn: 30.06.2004; Alter zu Behandlungsbeginn: 28 Jahre und 5 Monate), SI., geb. xxx (Behandlungsbeginn: 08.08.1997; Alter zu Behandlungsbeginn: 21 Jahre und 5 Monate), MJ., geb. xxx (Behandlungsbeginn: 23.12.1998; Alter zu Behandlungsbeginn: 16 Jahre und 2 Monate), SM., geb. xxx (Behandlungsbeginn: 25.07.1995; Alter zu Behandlungsbeginn: 29 Jahre und 7 Monate) und Frau BW., geb. xxx (Behandlungsbeginn: 03.11.2004; Alter zu Behandlungsbeginn: 25 Jahre) hat die Beklagte eine Vergütung nachzuholen und entsprechend das Regelleistungsvolumen neu zu berechnen.

Diese Patienten sind bereits vor den strittigen Quartalen unbeanstandet behandelt worden, z. T. über Jahre hinweg. Insofern hat die Beklagte Anlass zu einer Vertrauensbetätigung gegeben und besteht bei der Klägerin Schutzwürdigkeit. Anhand des Geburtsdatums ist einer Kassenärztlichen Vereinigung ohne weiteres erkennbar, dass möglicherweise eine fachfremde Behandlung vorliegt. Beanstandet sie die Behandlung nicht, kann ein Jugendpsychiater zunächst davon ausgehen, dass die Kassenärztliche Vereinigung seine Einschätzung teilt, er sei zur Leistungserbringung berechtigt, da es sich insofern um einen Ausnahmefall handelt. Die Kassenärztliche Vereinigung kann dann nur für die Zukunft aufgrund eines vorherigen Hinweises dieses Vertrauen zerstören. Wird jedoch die Leistung schon mit Behandlungsbeginn beanstandet, so kann ein schutzwürdiges Vertrauen nicht entstehen. Insofern trägt der Vertragsarzt das Risiko für den Fall, dass eine Kassenärztliche Vereinigung (oder ggf. im Klagewege die Gerichte) seine Einschätzung bzgl. des Vorliegens eines Ausnahmefalles nicht teilt. Dies gilt aber für die gesamte ärztliche Leistungserbringung. Dieses Risiko kann der Vertragsarzt nur durch eine entsprechende Anfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung minimieren.

In den übrigen Fällen liegt aber kein Ausnahmefall vor. Alle Behandlungen wurden erst in den hier streitgegenständlichen Quartalen begonnen und ist eine entsprechende Indikation für die insoweit mit zwei Ärzten fachkundig besetzte Kammer nicht erkennbar.

Soweit die Klägerin Untersuchungen auf Überweisung vorgenommen hat, ist nicht ersichtlich, dass diese Behandlungen nicht auch von für die Behandlung von Erwachsenen berechtigten Ärzten hätten vorgenommen werden können. Dies trifft auf den Behandlungsfall JK., geb. xxx (Behandlungsbeginn: 30.05.2005; Alter zu Behandlungsbeginn: 36 Jahre 11 Monate; Leistung: Prüfung der Hirnleistungsfunktionen), HO., geb. xxx (Alter zu Behandlungsbeginn: ca. 64 Jahre; Leistung: Prüfung der Hirnfunktionen bei Multipler Sklerose) und JP., geb. xxx (Alter zu Behandlungsbeginn: ca. 23 Jahre; Leistung: testpsychologische Untersuchung und Überprüfung der Hirnfunktionen bei vorangegangenen Hirn-Trauma) zu.

Auch soweit nur ein einzelner Beratungstermin in dem Behandlungsfall GS., geb. xxx (Alter zu Behandlungsbeginn: 50 Jahre) stattgefunden hat, ist der Kammer die Notwendigkeit einer jugendpsychiatrischen Behandlung, auch angesichts des Alters und des insofern nicht spezifizierten Krankheitsbildes der Patienten, nicht nachvollziehbar. Der Hinweis auf eine Verzögerung, die eine jugendpsychiatrische Behandlung erforderlich gemacht habe, reicht für die Begründung eines Ausnahmefalles nicht aus. Auch im Behandlungsfall DS, geb. xxx (Alter zu Behandlungsbeginn: ca. 27 Jahre) trägt die Klägerin lediglich vor, aufgrund der Unreife sei eine jugendpsychiatrische Behandlung erforderlich gewesen; die Patientin habe unter depressiver Neurose mit Essstörungen gelitten.

Im Behandlungsfall SK, geb. xxx (Behandlungsbeginn: 14.06.2005; Alter zu Behandlungsbeginn: 54 Jahre 7 Monate) trägt die Klägerin vor, der Sohn habe sich bei ihr bereits in Behandlung befunden, auf diese Weise sei überhaupt nur der Zugang zu der Patientin gelungen. Dies betrifft aber ausschließlich die Frage eines Vertrauensverhältnisses und nicht einen medizinischen Grund. Gleiches gilt für den Behandlungsfall NM, geb. xxx (Alter zu Behandlungsbeginn: ca. 29 Jahre), wenn lediglich darauf hingewiesen wird, die Patientin sei bereits vor der Niederlassung im Jahr 1994 in Behandlung gewesen.

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

Soweit die Klägerin geltend macht, das Regelleistungsvolumen sei im Honorarverteilungsvertrag mit 2.254 Punkten zu niedrig bemessen, kann dem nicht gefolgt werden, abgesehen davon, dass die Regelleistungsvolumina aus den genannten Gründen rechtswidrig sind. Die Bemessung der Regelleistungsvolumina basieren auf den Durchschnittswerten der Fachgruppe und spiegeln insofern den durchschnittlichen Leistungsbedarf wieder. Die 80 %ige Quotierung führt von vornherein dazu, dass bei fiktiver – gleicher Leistungsanforderung die Fachgruppe das gesamte Regelleistungsvolumen um 25 % überschreiten muss. Soweit Erhöhungen der Punktezahlen für einzelne Leistungen erfolgen, trägt dem die sog. Transcodierung Rechnung.

Entgegen der Auffassung der Klägerin führt das Regelleistungsvolumen der Kinder- und Jugendpsychiater nicht zwingend dazu, dass in einer

durchschnittlichen Praxis nur noch ca. 230 Fälle behandelt werden könnten. Eine strikte Fallzahlbegrenzung ist nicht vorgesehen, lediglich eine Abstufung der Punktzahlvolumina bei einem Überschreiten der Fallzahlen der Fachgruppe ab 150 %. Für den Ordinationskomplex nach Ziff. 14210 bzw. 14211 EBM, bewertet jeweils mit 555 Punkten, wird eine Kalkulationszeit von 22 Minuten pro Quartal zugrunde gelegt, nicht von bloß 10 Minuten, wovon die Klägerin ausgeht. Bei 230 Patienten entfallen allein auf den Ordinationskomplex 127.650 Punkte, dies entspricht auf der Grundlage der Kalkulationszeit von 22 Minuten 5.060 Minuten bzw. 84,3 Stunden. Hinzu kommt, dass die Regelleistungsvolumina so bemessen sind, dass sie nur 80 % des Leistungsbedarfs in den Aufsatzquartalen abdecken und weitere Leistungen außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden. Dies gilt gerade für die klägerische Praxis. Der Vergütungsanteil für Kostenerstattungen – hierbei dürfte es sich wesentlich um die Kostenpauschalen nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung handeln – betrug z. B. im Quartal II/05 31.129,16 EUR im Primär- und 21.774,14 EUR im Ersatzkassenbereich, zusammen 52.903,30 EUR und damit 42 % der Bruttoeinnahmen. Im Übrigen liegt die durchschnittliche Fallzahl pro Arzt in der Fachgruppe der Klägerin nicht über der von der Klägerin genannten Zahl von 230 Fällen. Geht man von den Fallzahlen der Praxen aus, die an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung teilnehmen, so liegt die durchschnittliche Fallzahl pro Arzt und Quartal im Jahr 2005 – bei 27.635 Fällen und durchschnittlich 24 Ärzten (die Berechnungen beruhen auf den Angaben der Beklagten im Schriftsatz vom 26.10.2009 – bei 288 Behandlungsfällen. Die Berechnung der Klägerin lässt ferner außer acht, dass die Zuweisung eines festen Punktezahlvolumens für den einzelnen Behandlungsfall auf einer Mischkalkulation beruht, also auch für die Behandlungsfälle erfolgt, die Leistungen mit einem geringeren Punktezahlvolumen benötigen. Weicht hierbei die Patientenzusammensetzung einer Praxis signifikant ab, bleibt u. U. Raum für eine Sonderregelung.

Soweit die Klägerin in allen streitbefangenen Quartalen innerhalb des Regelleistungsvolumens der sog. fallzahlabhängigen Bewertung unterliegt, ist dies Teil der Berechnung des Regelleistungsvolumens und rechtlich aus den genannten Gründen nicht zu beanstanden (vgl. auch zuletzt SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 - [S 12 KA 172/10](#) -, Berufung anhängig; LSG Hessen - [L 4 KA 74/10](#) -). In den Honorarbescheiden geht die Beklagte von durchschnittlichen Fallzahlen in Höhe von 450 (Quartal II/05), 426 (Quartal III/05) und 438 (Quartal III/05) aus und berechnet dementsprechend für 219, 146 und 208 Behandlungsfälle das Regelleistungsvolumen pro Fall nur zu 75 %. Trotz der Unterschiedlichkeit der Fachgruppe aufgrund der unterschiedlichen Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung folgt hieraus für die Klägerin keine Beschwer. Nach den Angaben der Beklagten im Schriftsatz vom 26.10.2009, Seite 2, entwickelten sich nach Berechnungen der Kammer die durchschnittlichen Fallzahlen pro Arzt (Behandlungsfälle./Anzahl Ärzte wie folgt:

Quartal

Fallzahlen pro Arzt - mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung
Fallzahlen pro Arzt - ohne Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung
I/04 278,7 143,2
II/04 272,7 146,6
III/04 267,8 134,9
IV/04 284,0 127,2

I/05 287,1 140,2
II/05 309,2 132,9
III/05 271,6 127,3
IV/05 285,2 124,1

Quartalsdurchschnitt 2004 275,8 138,0

Quartalsdurchschnitt 2005 288,3 131,1

Steigerung/Rückgang zum Vorjahr + 4,7 % - 5,0 %

Die Leistungen nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung werden aber nach Ziff. 3, 2. Spiegelstrich Anl. 1 zu Ziff. 7.2 HVV bzw. Ziff. 3, 1. Spiegelstrich Anl. 2 zu Ziff. 7.2 HVV mit festen Kostenpauschalen (Primär- und Ersatzkassen: 163,61 EUR je Behandlungsfall) vergütet und der Honorargruppe B 4 zugeordnet. Diese Vergütung erfolgt außerhalb der fachgruppenspezifischen Honoraruntergruppe (Ziff. 1 Anl. 1 bz2 2 zu Ziff. 7.2 HVV). Sie gehören damit nicht zu den Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens (§ 6.3 Satz 1 HVV). Soweit die ärztlichen Leistungen über die allgemeinen Leistungen nach dem EBM honoriert werden und insoweit grundsätzlich in die Fallzahlen auch für das Regelleistungsvolumen eingehen, ist dies nicht zu beanstanden. Die Fallzahlen zeigen zwar Unterschiede zwischen den Ärzten mit und ohne Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung, insgesamt nehmen aber 22 bis 23 Ärzte von 35 bis 37 Ärzten in der Fachgruppe an der Sozialpsychiatrievereinbarung teil, so dass deren erhöhte Fallzahlen, da sie etwa 2/3 der Fachgruppe ausmachen, hinreichend in die Durchschnittsfallzahl eingehen. Nicht jeder Unterschied innerhalb einer Fachgruppe zwingt zu einer unterschiedlichen Behandlung.

Soweit durch die Vorgaben des Regelleistungsvolumens im Honorarverteilungsvertrag das Verhältnis der Wertigkeit der unterschiedlichen Leistungen nicht mehr durch den Bewertungsausschuss festgelegt wird, folgt hieraus nicht die Rechtswidrigkeit der Regelleistungsvolumina. Dies kann die Folge einer solchen Steuerungsmaßnahme, wie im Übrigen auch, wie bereits ausgeführt, die zulässige Bildung einzelner fachgruppenabhängiger Honorarkontingente sein. Aufgrund der klaren gesetzlichen Vorgabe ist dies vom Gesetzgeber bzgl. der Regelleistungsvolumina auch vorgegeben und insofern rechtlich zulässig.

Gründe für einen Ausnahmefall aufgrund der besonderen Praxisstruktur werden nicht substantiiert vorgetragen und sind der Kammer nicht ersichtlich. Allein der allgemeine Hinweis, das Regelleistungsvolumen werde von der Fachgruppe überschritten oder das Regelleistungsvolumen sei im Honorarverteilungsvertrag zu niedrig bemessen, reicht hierfür nicht aus, da ein Ausnahmefall nur in der Patientenstruktur einer Praxis bedingt sein kann. Die Klägerin weist auch selbst darauf hin, die Struktur ihrer Praxis sei noch günstig und unter dem Fachgruppendurchschnitt, weil eine hohe Fallzahl behandelt werde.

Hinzu kommt, dass der Bescheid vom 21.10.2005 bestandskräftig geworden ist. Mit dem Bescheid vom 16.02.2005 wurde eine Erhöhung der Fallpunktzahlen im Rahmen der Bildung des Regelleistungsvolumens abgelehnt. Diese Ablehnung gilt für alle streitbefangenen Quartale, da insofern eine Rechtsänderung nicht eingetreten ist (vgl. BSG, Urt. v. 03.02.2010 - [B 6 KA 31/08 R](#) - [BSGE 105, 236](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 53 = [GesR 2010, 493](#) = USK 2010-41 = [MedR 2010, 884](#), juris Rdnr. 13). Damit ist in einem Verfahren zur Überprüfung der Honorarbescheide die Frage, ob praxiseigene Gründe bzw. Gründe der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu einer Erhöhung des Regelleistungsvolumens führen müssen, nicht mehr zu überprüfen. Soweit - in verfahrensrechtlich zulässiger Weise (vgl. BSG, Urt. v. 03.02.2010 - [B 6 KA 31/08 R](#) - aaO., Rdnr. 12) - die Frage einer Erhöhung des Regelleistungsvolumens bzw. einer Sonderregelung zum

Regelleistungsvolumen für ein oder mehrere Quartale unabhängig von dem oder den Honorarbescheiden ausgestaltet wird, hat die ergangene bestandskräftige Entscheidung Bindungswirkung für die Beteiligten. Lediglich dann, wenn die Entscheidung noch nicht in Bestandskraft erwachsen ist, kann die Entscheidung über eine Erhöhung des Regelleistungsvolumens aus verfahrensökonomischen Gründen auch im Verfahren zur Überprüfung eines Honorarbescheids inzident überprüft werden. Wie im umgekehrten Fall - Bestandskraft der Honorarbescheide, aber noch kein bestandskräftiger Bescheid über das Regelleistungsvolumen - zu verfahren ist, brauchte die Kammer hier nicht zu entscheiden (verneinend LSG Hessen, Urt. v. 13.07.2011 L [4 KA 100/09](#) -; nicht entschieden auch in BSG, Urt. v. 03.02.2010 - [B 6 KA 31/08 R](#) - ebd.). Es spricht aber Vieles dafür, dass im Falle einer für den Vertragsarzt positiven und zum bestandskräftigen Honorarbescheid abweichenden Entscheidung dieser einen Anspruch auf Korrektur nach 44 Abs. 2 SGB X hat, soweit eine Kassenärztliche Vereinigung nicht bereits von Amts wegen den Honorarbescheid korrigiert. Ansonsten würde das verfahrensrechtlich separierte Verfahren bzgl. des Regelleistungsvolumens

Bedeutung nur einseitig zu Lasten eines Vertragsarztes haben und wäre der Vertragsarzt gezwungen, immer auch parallel gegen den Honorarbescheid vorzugehen, auch wenn er nur eine Sonderregelung begehrt.

Die Leistungen nach der Sozialpsychiatrievereinbarung werden als extrabudgetäre Leistungen als Vorwegleistung aus der budgetierten Gesamtvergütung mit einem festen Eurowert von 163,61 Euro vergütet. Eine Mengenentwicklung erging damit nicht allein zu Lasten der Honorargruppe der Klägerin, sondern zu Lasten aller fachärztlichen Honorargruppen (vgl. Ziff. 2.2 Satz 2 (Abs. 2) 2. Spiegelstrich i.V.m. Ziff. 3 Satz 1 2. Spiegelstrich der Anlage 1 zu Ziff. 7.2 bzw. Ziff. 2.2 Satz 2 (Abs. 2) 2. Spiegelstrich i.V.m. Ziff. 3 Satz 1 1. Spiegelstrich der Anlage 2 zu Ziff. 7.2 HVV). Wie die mündliche Verhandlung am 16.11.2011 im Beisein einer Expertin der Beklagten aus der Abteilung "Honorarverteilung" ergeben hat, hat die Beklagte diese Honorarströme auch zutreffend nach dem HVV bei der Honorarverteilung zugeordnet. Die Kammer erkennt keine Anhaltspunkte, dass die Beklagte die Vorgaben des HVV, soweit nicht bereits beanstandet, nicht zutreffend umgesetzt hätte.

Soweit die Klägerin auf eine gesteigerte Beobachtungspflicht der Beklagten im Hinblick einer Fallzahlsteigerung hinweist, so sind nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts Entwicklungen in dem Patientenaufkommen einzelner Arztgruppen bei der kontingentierten Honorarverteilung nur dann zu berücksichtigen, wenn es sich um wesentliche Veränderungen im Vergleich zum Ausgangsquartal und um eine längerdauernde, damit mindestens über ein Jahr anhaltende Entwicklung handelt. Als wesentlich ist eine Änderung dann anzusehen, wenn sich das Patientenaufkommen der Arztgruppe um mindestens +/- 10 % im Vergleich zum Ausgangsquartal verändert hat und sich entsprechende Entwicklungen bei den übrigen Arztgruppen nicht ergeben haben. Da das Patientenaufkommen in gewissem Umfang auch der Steuerung durch die Ärzte der jeweiligen Fachgruppe zugänglich ist, ist bei der Honorarverteilung nur solchen Veränderungen Rechnung zu tragen, die auf objektiven Veränderungen der Zusammensetzung des Patientengutes beruhen (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.1996 - [6 RKA 83/95](#) - USK 9685, juris Rdnr. 25). Diese Voraussetzungen liegen für die streitbefangenen Quartale nicht vor. Eine Berechnung der Kammer hat auf der Grundlage der Angaben der Beklagten im Schriftsatz vom 26.10.2009 zu den Fallzahlen der Fachgruppe ergeben, dass von folgenden Steigerungen auszugehen ist:

Quartal	Fallzahl	Verhältnis zum Vorquartal in %	Verhältnis zum Vorjahresquartal in %
I/04	8.417		
II/04	8.030	95,4	
III/04	7.645	95,2	
IV/04	8.075	105,6	
I/05	8.426	104,3	100,1
II/05	8.971	106,5	111,7
III/05	8.572	95,6	112,1
IV/05	9.115	106,2	112,8

Damit kann ein kontinuierliches Anwachsen der Fallzahlen nicht von Quartal zu Quartal und nicht im Umfang von 10 % nachgewiesen werden, sondern lediglich, dass die Fallzahlen im Jahr 2005 über denen des Jahres 2004 lagen. Vom Jahr 2004 mit 32.167 Behandlungsfällen stieg im Jahr 2005 die Zahl der Behandlungsfälle auf 35.084 und damit um 9,1 %.

Die Klägerin kann kein höheres Honorar unter dem Gesichtspunkt der Angemessenheit der Vergütung ihrer 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 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist im Zeitraum I/04 bis II/05, weitgehend konstant geblieben und hat sich in den Quartalen III und IV/05 dann sogar deutlich erhöht. Nach Angaben der Beklagten im Schriftsatz vom 26.10.2009 entwickelte sich die Zahl der Behandler wie folgt:

Quartal	I/04	II/04	III/04	IV/04	I/05	II/05	III/05	IV/05
Anzahl	37	35	35	36	36	37	39	41

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.

Die Erhöhung der Arztzahlen verpflichtet nicht zu einer entsprechenden Erhöhung des Arztgruppentopfs. Es ist vielmehr mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht vereinbar, wenn allein die Erhöhung der Arztzahl einer Fachgruppe automatisch und unabhängig davon, ob damit eine bedarfsbedingte Veränderung des Leistungsgeschehens in medizinischer Hinsicht einhergeht, eine Steigerung ihres Honorarvolumens zu Lasten anderer nach sich zieht. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts liefe dies auf die Anerkennung angebotsinduzierter - sich je nach Arztzahl ändernder - Honorarvolumina hinaus bzw. trüge in sich die Tendenz zu einer auslastungsunabhängigen Alimentierung der Vertragsärzte. (vgl. BSG, Beschl. v. 22.6.2005 - [B 6 KA 68/04 B](#) - juris Rdnr. 9; BSG, Beschl. v. 23.5.2007 - [B 6 KA 85/06 B](#) - juris Rdnr. 9).

Nach allem war der Klage 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

2014-11-20