S 12 KA 451/12

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 451/12
Datum
02.04.2014
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Werden nuklearmedizinische Leistungen innerhalb einer aus 22 Praxen mit 52,35 Behandlungsaufträgen bestehende Fachgruppe der Nuklearmediziner von mehr als der Hälfte der Fachgruppe erbracht, so besteht kein Grund für eine Erhöhung des Regelleistungsvolumens, auch wenn diese Leistungen z. T. erheblich überdurchschnittlich häufig abgerechnet werden.
2. Eine Spezialisierung oder besonderer Versorgungsauftrag folgt auch nicht aus dem Umstand, dass eine Nuklearmedizinerin nur auf Überweisung tätig wird, was für alle Nuklearmediziner gilt, soweit jedenfalls nicht gehäuft Überweisungen von nuklearmedizinischen Kollegen vorliegen.
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Zuweisung zum Regelleistungsvolumen und um die Höhe des Honorars für das Quartal I/09.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Nuklearmedizin seit Januar 2000 zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 26.11.2008 das Regelleistungsvolumen für das streitbefangene Quartal fest, wogegen die Klägerin mit Datum vom 10.12.2008 Widerspruch einlegte. Die Beklagte setzte das Regelleistungsvolumen wie folgt fest:

Name RLV-Gruppe RLV-relevante Fallzahl Fallwert in EUR Fallwertab-staffelung Alters-struktur-quote Aufschlag fachgleiche BAG RLV in EUR
1.324 46,52 1,0000 1,0096 1 62.183,77

In dem streitbefangenen Quartal nahm die Beklagte mit Honorarbescheid folgende Festsetzungen vor:
Quartal I/09
Honorarbescheid vom 20.07.2009
Nettohonorar gesamt in EUR 151.117,34
Bruttohonorar PK + EK in EUR 153.231,68
Fallzahl PK + EK 1.651
Honorar Regelleistungsvolumen in EUR 60.128,60
Honorar quotiertes Regelleistungsvolumen in EUR 12.626,26
Fallwertzuschläge zum Regelleistungsvolumen in EUR 0.00
Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in EUR 80.476.82
Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV in EUR 0.00

Praxisbezogenes RLV in EUR 62.183,77
Angefordertes Honorar in EUR 129.477,86
Überschreitung in EUR 67.294,09

Hiergegen legte die Klägerin am 30.09.2009 Widerspruch ein.

Mit ihren Widersprüchen macht die Klägerin eine Erhöhung des Regelleistungsvolumens wegen einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten im Quartal I/09 im Vergleich zum Aufsatzquartal I/08 wegen der Aufgabe einer Zulassung eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis geltend. Die Praxis Dr. A1/Dr. A2 sei geschlossen worden. Sie habe im Jahr 2009 daher sukzessive die Patienten dieser Praxis übernommen. 204 ehemalige Patienten der Praxis hätten sich pro Quartal im Jahr 2009 bei ihr vorgestellt. Eine weitere Praxisbesonderheit sei die hohe Anzahl an Überweisungen zur Mitbehandlung und das sich daraus ergebende besondere Patientengut. Sie habe einen hohen Anteil an Rheumapatienten, einen hohen Anteil an Tumorpatienten unterschiedlicher Grade, aber auch viele Patienten mit Nieren- oder Schilddrüsenerkrankungen. Regelmäßige Zuweiser seien beispielsweise Rheumatologen, die zur Abklärung der Frage, welche Gelenke ihrer multimorbiden Patienten befallen seien, häufig Teilkörperszintigraphien (Ziffer 17310 EBM) in Auftrag gäben. Im Quartal I/09 habe sie je 100 Behandlungsfälle 12 Teilkörperszintigraphien durchgeführt, während die Praxen in der Vergleichsgruppe lediglich drei Teilkörperszintigraphien erbracht hätten. Der erhöhte Anteil an Tumorpatienten zeige sich darin, dass sie je 100 Behandlungsfälle 20 Ganzkörperszintigraphien (Ziffer 17311 EBM) durchgeführt habe, während die Fachgruppe lediglich 6 Untersuchungen je 100 Behandlungsfälle vorgenommen habe. Durch diese Untersuchungen ließen sich pathologische Anreicherungen (Metastasen) im Skelettsystem darstellen. Mittels der Ganzkörperszintigraphie ließen sich jedoch auch unklare Entzündungskonstellationen bei Rheumapatienten, frische Frakturen, Prothesen mit Entzündungskonstellationen und Streuung von Entzündungsherden in der Körperregion diagnostizieren. Bei Tumormarkeranstieg müsse sie eine besondere Differenzialdiagnose mittels einer Zwei- oder Mehrkopf-Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) vornehmen, um auch kleinere Metastasen darstellen zu können. Die SPECT werde über die Ziffer 17363 EBM abgerechnet. Auf die 100 Behandlungsfälle habe sie 17 SPECT abgerechnet, die Vergleichsgruppe nur 5. Eine weitere Praxisbesonderheit liege in den Ultraschalluntersuchungen, die von knapp der Hälfte der Praxen der Prüfgruppe erbracht werde. Auf 100 Behandlungsfälle habe sie 73 Sonografische Leistungen nach Ziffer 33011 EBM erbracht, die Praxen der Prüfgruppe nur 13. Die Abrechnung der Ziffern 17340 und 40514 zeige, dass sie einen hohen Anteil von Patienten mit einer Nierenerkrankung habe. Auf die Anzahl der durchzuführenden Untersuchungen habe sie aufgrund der Überweisungsleistungen keinen Einfluss.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 01.08.2012 den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, Leistungen über das Regelleistungsvolumen hinaus könnten mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden, wenn eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis vorliege. Ihr Vorstand habe beschlossen, dass die Vakanz eines Arztsitzes in der näheren Umgebung im aktuellen Abrechnungsquartal zu einem Fallzahlanstieg geführt haben müsse. Wenn diese Fälle im Regelleistungsvolumen noch keine Berücksichtigung gefunden hätten, so wäre die im Zuweisungsbescheid zum Regelleistungsvolumen zugewiesene Fallzahl um die übernommen Fälle, maximal jedoch bis zur Höhe der Fallzahl im aktuellen Quartal, erhöht. Diese Sonderregelung werde längstens für die Dauer von 4 Quartalen seit Entstehen der Vakanz und nur bis zur Wiederbesetzung des vakanten Arztsitzes gewährt. Die Berufsausübungsgemeinschaft Dres. med. A1/A2 habe nur im Zeitraum 01.01.2000 bis 31.12.2007 in der D-Straße in A-Stadt bestanden. Herr Dr. A2 habe bereits zum 01.07.2007 seine Zulassung zurückgegeben. Herr Dr. A1 sei seit dem 31.12.2001 sowohl in Einzelpraxis als auch in einer Berufsausübungsgemeinschaft niedergelassen. Seit dem 01.01.2009 sei er bei Herrn Professor A3 als angestellter Arzt im selben Planungsbereich tätig. Die Zulassung sei zwar zum 31.12.2008 zurückgegeben worden, jedoch aufgrund der Regelung des § 103 Abs. 4b SGB V. Eine Vakanz im Sinne des genannten Grundsatzbeschlusses sei allerdings nur gegeben, wenn nach der Rückgabe der Zulassung eines Arztes der Versorgungsgrad im bedarfsplanungsrechtlichen Sinn zurückgegangen sei. Da Dr. A1 auch nach dem Ende seiner Zulassung im selben Planungsbezirk für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung gestanden habe, scheide eine Vakanz für den Zeitraum seiner angestellten Tätigkeit aus. Es liege in dieser Zeit vielmehr eine Konstellation vor, die mit der Verlegung eines Arztsitzes innerhalb desselben Planungsbereichs vergleichbar sei. Folglich scheide die Gewährung einer Sonderregelung in Bezug auf eine Fallzahlerhöhung aus. Eine Höhe des Fallwerts für das Regelleistungsvolumen wegen Praxisbesonderheiten komme wegen eines besonderen Versorgungsauftrages oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung in Betracht. Es müsse zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe mindestens 30 % vorliegen. Nach einem Vorstandsbeschluss sei zunächst der praxisindividuelle Fallwert im streitgegenständlichen Quartal (angefordertes RLV-relevantes Honorarvolumen dividiert durch die RLV-Fallzahl) anhand der Arztrechnung zu ermitteln. Sofern dieser den RLV-Fachgruppenwert um mindestens 30 % übersteige, sei eine detaillierte Prüfung vorzunehmen. Ansonsten sei keine Sonderregelung möglich. Der Fallwert der Klägerin liege bei 78,52 EUR, der der Arztgruppe betrage 46,52 EUR. Damit liege eine Überschreitung um 68,79 % vor. Die Analyse der Honorardaten für das streitgegenständliche Quartal habe ergeben, dass die von der Klägerin erbrachten Leistungen wie die Teil- und Ganzkörperszintigraphie (Ziffer 17310, 17311 EBM), der Zuschlag für die Zwei- oder Mehrkopf-Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) (Ziffer 17363 EBM) und der Nierenfunktionsdiagnostik (Ziffer 17340 EBM) zwar insgesamt zu einer Erhöhung des abgerechneten RLV-Honorarvolumens geführt habe. Allerdings handele es sich bei diesen Leistungen um nuklearmedizinische Gebührenordnungspositionen (Kapitel 17 EBM), welche nur von den Fachärzten für Nuklearmedizin und Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung nuklearmedizinischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügten, berechnet werden könnten, und damit um Kernleistungen der Arztgruppe. Eine besondere Abrechnungshäufigkeit dieser Kernleistungen rechtfertige nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts keine Anerkennung einer Praxisbesonderheit. Hinsichtlich der Ziffer 40514 EBM sei ergänzend darauf hinzuweisen, dass es sich hierbei um eine Kostenpauschale handele, die außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werde und deshalb auch keine Praxisbesonderheit im Rahmen des Regelleistungsvolumens begründen könne. Die sonographischen Leistungen nach Ziffer 33011 EBM seien nicht als Kernleistungen der Arztgruppe anzusehen. Der Fallwert hierfür betrage 6,26 EUR. Dies sei weniger als 30 % des RLV-Fallwertes der Arztgruppe. Der RLV-Fallwert sei daher nicht zu erhöhen. Eine Abstaffelung aufgrund der 150 %-Grenze bei den Fallzahlen habe nicht stattgefunden. Die Fallzahl der Arztgruppe betrage 975 Fälle, die Klägerin liege daher unter der 150 % Grenze. Ferner erläuterte sie die Altersstrukturquote, die Fallwertzuschläge und den sogenannten Wirtschaftlichkeitsbonus.

Hiergegen hat die Klägerin am 05.09.2012 die Klage erhoben. Sie ist weiterhin der Auffassung, dass aus den bereits im Widerspruchsverfahren vorgetragenen Gründen eine Erhöhung des Regelleistungsvolumens erfolgen müsse. Ergänzend zu ihrem Widerspruchsvorbringen trägt sie vor, seit dem Quartal I/08 habe sie einen Anstieg der Patientenzahlen zu verzeichnen. Die Patientenzahlen hätten sich wie folgt entwickelt: 1.324 Fälle im Quartal I/08, 1.379 Fälle im Quartal II/08, 1.404 Fälle im Quartal III/08, 1.366 Fälle im Quartal IV/08 und 1.651 Fälle im Quartal I/09. Auch die Änderung des Standorts durch Dr. A1 führe regelmäßig zu einer Veränderung in dem Zufluss des Patientenstroms. Es habe zwar keine Vakanz im Sinne der vertragsärztlichen Versorgung bestanden, es sei jedoch ein hoher Zufluss an Patienten zu verzeichnen gewesen. Die Klägerin hat ferner nochmals vertiefend die Struktur ihrer Praxis und der Überweisungen dargelegt. Auch sei die Prüfgruppe mit nur 22 Praxen nicht repräsentativ für eine Vergleichsgruppenprüfung. Die besondere Situation der Praxis ergebe sich aus der Behandlung besonders aufwendiger Patienten. Ihre Praxisräume befänden sich an einem Krankenhaus. Sie versorge die

Patienten vor und nach ihrem stationärem Aufenthalt. Sie habe überdurchschnittlich viele Fälle, die einer aufwendigen Diagnostik bedürften. Sie habe eine Fülle von Dauerpatienten, die einer fachübergreifenden Behandlung bedürften. Sie habe eine besondere Patientenstruktur, was die Beklagte nicht berücksichtigt habe. Hierüber habe auch das Bundessozialgericht noch nicht entschieden. Die Überschreitung des Regelleistungsvolumens ergebe sich aus der genannten Leistungshäufigkeit. Die Klägerin hat ferner eine Auflistung derjenigen Patienten zur Gerichtsakte gereicht, die sukzessive bereits im Zeitraum Januar 2008 bis Ende 2009 von der Praxis Dr. A1 zu ihr gegangenen seien. Sie hat ferner eine Darstellung der Behandlung von Patienten eingereicht, bei denen Leistungen nach Honorargruppe 8 abgerechnet worden sind.

Die Klägerin beantragt,
unter Aufhebung des Honorarbescheids vom 20.07.2009 und des Zuweisungsbescheids zum Regelleistungsvolumen vom 26.11.2008, beide für das Quartal I/09 und in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.08.2012, die Beklagte zu verurteilen, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie ist weiterhin der Auffassung, dass keine Vakanz im Sinne der vertragsärztlichen Versorgung bestanden habe. Daher sei auch kein Raum für eine Sonderregelung. Ansonsten müsste bei jedem Umzug eines Arztes innerhalb des Planungsbezirks den Ärzten in seiner bisherigen Nachbarschaft eine Sonderregelung gewährt werden, sobald ein leichter Fallzahlanstieg zu verzeichnen wäre. Eine Sonderregelung könne auch nicht deshalb zuerkannt werden, weil die Klägerin nur auf Überweisung tätig sei. Dies dürfte auf nahezu die gesamte Fachgruppe Nuklearmediziner zutreffen. Sie habe bereits im Widerspruchsbescheid dargestellt, dass die von der Klägerin genannten Leistungen nicht zur Begründung einer Praxisbesonderheit führen könnten.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern 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 aber unbegründet. Der angefochtene Honorarbescheid vom 20.07.2009 und der Zuweisungsbescheid zum Regelleistungsvolumen vom 26.11.2008, beide für das Quartal I/09 und in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.08.2012, sind rechtmäßig und waren nicht aufzuheben. Die Beklagte war nicht zu verurteilen, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die Klage war daher abzuweisen.

Nach § 87b Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch, 5. Buch, Gesetzliche Krankenversicherung i.d.F. des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) mit Geltung ab 01.04.2007, BGBl. I S. 378 (im Folgenden: SGB V) werden abweichend von § 85 die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 vergütet.

Nach § 87b Abs. 2 SGB V sind zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen (Satz 1). Ein Regelleistungsvolumen nach Satz 1 ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist (Satz 2). Abweichend von Absatz 1 Satz 1 ist die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden (Satz 3). Bei der Bestimmung des Zeitraums, für den ein Regelleistungsvolumen festgelegt wird, ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist (Satz 4). Nach § 87b Abs. 3 SGB V sind die Werte für die Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen; bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach § 87 Abs. 2a zugrunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen (Satz 1). Bei der Bestimmung des Regelleistungsvolumens nach Absatz 2 sind darüber hinaus insbesondere
1. die Summe der für einen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen,
2. zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a,
3. zu erwartende Zahlungen für die nach Absatz 2 Satz 3 abgestaffelt zu vergütenden und für die nach Absatz 2 Satz 6 und 7 außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergütenden Leistungsmengen,
4. Zahl und Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Ärzte
zu berücksichtigen (Satz 2). Soweit dazu Veranlassung besteht, sind auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen (Satz 3). Die Morbidität nach Satz 1 ist mit Hilfe der Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen (Satz 6). Als Tätigkeitsumfang nach Satz 2 gilt der Umfang des Versorgungsauftrags, mit dem die der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Vertragsärzte zur Versorgung zugelassen sind, und der Umfang des Versorgungsauftrags, der für die angestellten Ärzte der jeweiligen Arztgruppe vom Zulassungsausschuss genehmigt worden ist (Satz 6). Fehlschätzungen bei der Bestimmung des voraussichtlichen Umfangs der Leistungsmengen nach Satz 2 Nr. 3 sind zu berichtigen; die Vergütungsvereinbarungen nach § 87a Abs. 3 bleiben unberührt (Satz 7).

Nach § 87b Abs. 4 SGB V bestimmt der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten (Satz 1). Er bestimmt darüber hinaus ebenfalls erstmalig bis zum 31. August 2008 Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3, 6 und 7 sowie Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach Absatz 3 Satz 5 (Satz 2). Die

Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen stellen gemeinsam erstmalig bis zum 15. November 2008 und danach jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses nach den Sätzen 1 und 2 unter Verwendung der erforderlichen regionalen Daten die für die Zuweisung der Regelleistungsvolumina nach Absatz 5 konkret anzuwendende Berechnungsformel fest (Satz 3). Nach § 87b Abs. 5 SGB V obliegt die Zuweisung der Regelleistungsvolumina an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, sowie der jeweils geltenden regionalen Preise der Kassenärztlichen Vereinigung; die Zuweisung erfolgt erstmals zum 30. November 2008 und in der Folge jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des Regelleistungsvolumens (Satz 1). § 85 Abs. 4 Satz 9 gilt (Satz 2).

Ausgehend von diesen gesetzlichen Vorgaben hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008 unter Teil F einen Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V gefasst (DÄBl. 2008 (Heft 38), A-1988, zitiert nach www.kbv.de/8157.html, im Folgenden: EB7F). Nach Nr. 1.2 EB7F werden die Regelleistungsvolumina nach Maßgabe von 2. und 3. für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt (Nr. 1.2.1 EB7F). Die Regelleistungsvolumen werden nach Maßgabe von 2. und 3. je Arzt ermittelt (Nr. 1.2.2 Abs. 1 EB7F). Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes Regelleistungsvolumen für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt (Nr. 1.2.2 Abs. 2 EB7F). Nach Nr. 2.1 Satz 1 EB7F kommen Regelleistungsvolumen für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur Anwendung. Dabei sieht der Beschluss vor, dass die Partner der Gesamtverträge Modifikationen (z. B. Differenzierungen oder Zusammenfassungen) von relevanten Arztgruppen vereinbaren können (Nr. 2 Anlage 1 EB7F). Die Fachrichtung der Klägerin wird in dieser Anlage genannt. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 1 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW-AG) gemäß Anlage 2 und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal (Nr. 3.2.1 Satz 2 EB7F sowie Nr. 5 Anlage 2 EB7F). Im Beschluss wird festgestellt, dass das Kriterium Geschlecht sich nicht zur Abbildung der Morbidität eignet, da das abgerechnete Volumen durch dieses Kriterium nicht signifikant beeinflusst wird (Nr. 3.2.2 Satz 1 EB7F). Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das RLV gemäß 3.2.1 unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Anlage 2 zu ermitteln (Nr. 3.2.2 Satz 2 EB7F). Die Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß 3.2.1 erfolgt zunächst - Schritt 1 - durch Ermittlung der arztgruppenspezifischen Anzahl der kurativ-ambulanten Arztfälle gemäß 2.3 des Vorjahresquartals (Nr. 4 Abs. 1 Anlage 2 EB7F). Der arztgruppenspezifische Fallwert - Schritt 2 – ist der Quotient aus dem arztgruppenspezifischen Anteil am RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs (vgl. Nr. 3 Anlage 2 EB7F) und eben der arztgruppenspezifischen Anzahl der kurativ-ambulanten Arztfälle gemäß 2.3 des Vorjahresquartals (Nr. 4 Abs. 2 Anlage 2 EB7F).

Die Praxisbesonderheiten werden zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% vorliegt. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Der Bewertungsausschuss wird die Auswirkungen seiner Vorgaben hinsichtlich der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten überprüfen und die Vorgaben mit Wirkung zum 01. Januar 2010 ggf. anpassen (Nr. 3.6 Satz 1 bis 3 EB7F). Das ermittelte Regelleistungsvolumen je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den nach 3.6 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen (Nr. 5 Abs. 3 Anlage 2 EB7F).

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschloss in seiner 9. Sitzung am 15. Januar 2009 zur Umsetzung und Weiterentwicklung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (DÄBl. 2009 (Heft 7), A-308) mit Geltung ab 01.01.2009 in Teil A (im Folgenden EB9A) eine "Konvergenzphase für die Vereinheitlichung der Umsetzung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen". Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung sind die im Teil F seines Beschlusses vom 27./28.08.2008 beschlossenen Regelungen, insbesondere zu den Praxisbesonderheiten (Ziffer 3.6), deren Umsetzung zunächst den Partnern der Gesamtverträge überlassen worden war, zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten (Ziffer 3.7) – bei einem Honorarverlust von mehr als 15 % war dies in das Ermessen der KV gestellt worden - und zur Modifikation von relevanten Arztgruppen (Anlage 1) anzuwenden (vgl. Nr. 1 Satz 1 EB9A). Diese Regelungen fasste der Erweiterte Bewertungsausschuss kurz darauf neu in seiner 10. Sitzung am 27. Februar 2009 zur Änderung des Beschlusses Teil A vom 15. Januar 2009 in Teil A "Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkungen der Umsetzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, insbesondere Teil F, Beschluss zur Berechnung und zur Anpassung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V" (DÄBl. 2009 (Heft 12), A-574, im Folgenden: EB10A). Er erweiterte für eine Übergangszeit bis zum 31.12.2010 (vgl. Ziff. 5 EB10A) – wobei er sich zur Beobachtung und evtl. notwendigen Anpassung selbst verpflichtete (vgl. Nr. 6 und 7 EB10A) - die Autonomie der Gesamtvertragspartner (vgl. Nr. 1 EB10A), die er lediglich an Vorgaben zur Vergütung der Psychotherapeutenvergütung und die Trennung zur haus- und fachärztlichen Versorgung (Teil F, Anl. 2, Nr. 1) band (vgl. Nr. 3 EB10A). Den Vorrang der eigenen Regelungen in Nr. 1 Satz 1 u. 2 EB9A hob er zugunsten der Vertragsautonomie ab dem 01.04.2009 – sofern in einer Region die Regelleistungsvolumina im 1. Quartal 2008 unter Vorbehalt zugewiesen wurden, kann die regionale Sonderregelung auch rückwirkend zum 01.01.2009 vereinbart werden. (Nr. 1 Fußnote 2 EB10A) -, weiterhin befristet bis Ende 2010 und mit der Vorgabe, das Konvergenzverfahren mit dem Ziel einer schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina an die sich aus der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ergebenden Vorgaben auszugestalten, auf (vgl. Nr. 1 und 2 EB10A).

Nach Nr. 4 EB10A (insofern textgleich mit der vorherigen Regelung nach Nr. 3 EB9A) können die Partner der Gesamtverträge aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abweichend vom Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009, Beschluss Teil F, 3.6 zur Vorgabe eines Grenzwertes zur Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe in Höhe von mindestens 30 % im Einzelfall eine Praxisbesonderheit feststellen, obwohl die so vorgegebene Überschreitung nicht vorliegt.

Auf der Grundlage dieser Regelungen im SGB V und des Bewertungsausschusses bzw. Erweiterten Bewertungsausschusses haben die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Verbände der Primärkassen sowie die Ersatzkassen einen Honorarvertrag vom 13.12.2008 für die Zeit ab 01.01.2009 geschlossen (im Folgenden: HVV). In Abschnitt II HVV werden auf der Grundlage des EB7F, B164B und EB8II (Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008 zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sowie zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009, Teil A, DÄBl. 2008 (Heft 4),

A 2602) weitgehend wortgleich die Regelungen des EB7F mit den Änderungen durch den B164B übernommen.

Nr. 3.4 HVV ergänzt Nr. 3.4 EB7F "Kriterien zur Ausnahme von der Abstaffelung" durch weitere Ausnahmemöglichkeiten. Über die Regelungen in Nr. 3.4 EB7F hinaus kann auf Beschluss des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in begründeten Ausnahmefällen (Urlaub, Krankheit etc.) anstelle des entsprechenden Vergleichsquartals des Vorjahres ein anderes Quartal als Referenzquartal zugrunde gelegt werden (Nr. 3.4 Satz 3 HVV). Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen kann außerdem im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstaffelung in Ausnahmefällen und auf Antrag ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen Sonderregelungen beschließen (Nr. 3.4 Satz 4 HVV). Die weitere Regelung, dass dies insbesondere für Praxisbesonderheiten, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% vorliegt (Nr. 3.4 Satz 5 HVV), greift die Regelung in Nr. 3.6 Satz 2 EB7F auf.

Soweit Nr. 3.4 Satz 5 HVV i.V.m. Nr. 3.4 Satz 4 HVV den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Einzelfall zur Entscheidung über eine Ausnahmeregelung ermächtigt, ist dies nicht zu beanstanden. Der Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung kann zu konkretisierenden Regelungen und Einzelfallentscheidungen, insbesondere zur Beurteilung der Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen, ermächtigt werden (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - B 6 KA 17/10 R - juris Rdnr. 18; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - B 6 KA 20/10 R - juris Rdnr. 14, jeweils m.w.N.).

Der Kläger macht letztlich keine Praxisbesonderheit zur Bewilligung einer Ausnahmeregelung geltend. Gründe hierfür sind auch nicht ersichtlich.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts genügt es zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die Überschreitung des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens muss darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht werden. Dabei wird es sich typischerweise um arztgruppenübergreifend erbrachte spezielle Leistungen handeln, die eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern. Deutliches Indiz für einen solchen speziellen Leistungsbereich ist die entsprechende Ausweisung dieser Leistungen im EBM. Mit dem Regelleistungsvolumen soll nicht ein eingeschränktes, sondern ein umfassendes Leistungsprofil abgebildet werden. Es würde dem Konzept des Regelleistungsvolumens mit seiner Anknüpfung an fachgruppenbezogene Durchschnittswerte, die alle fachgruppentypischen Leistungen abbilden, widersprechen, wenn ein Teil der Fachgruppe ausschließlich die niedriger bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet, während ein anderer Teil ausschließlich die hoch bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet und dafür eine individuelle Erhöhung des Regelleistungsvolumens erhalten würde (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - B 6 KA 17/10 R - juris Rdnr. 21 f.; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - B 6 KA 20/10 R - a.a.O. Rdnr. 17 f., jeweils m.w.N.). Diese zu den Praxisbudgets und den in den Quartalen II/05 bis IV/08 geltenden Regelleistungsvolumina entwickelte Rechtsprechung ist auch auf das ab dem Quartal I/09 geltende Regelwerk anzuwenden (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - B 6 KA 17/10 R - a.a.O. Rdnr. 31; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - B 6 KA 20/10 R - a.a.O. Rdnr. 22).

Ausgehend von diesen Vorgaben sind Fehler bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens und des Honoraranspruch der Klägerin nicht zu erkennen. Die Klägerin begehrt für sich eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen, weil sie vermehrt Patienten mit aufwendigen Behandlungen betreue. Im Wesentlichen handelt es sich um folgende Leistungen:

Nr. EBM 2009 Leistung Auf 100 Fälle Kl/VG Zahl der Abrechnerpraxen
17310 Teilkörperszintigraphie 12/3 21
17311 Ganzkörperszintigraphie 20/6 22
17363 Zuschlag SPECT 17/5 13
33011 Sonographie der Gesichtsweichteile 73/13 11
17340 Nierenfunktionsdiagnostik 2/1 20

Diese Leistungen werden innerhalb der aus 22 Praxen mit 52,35 Behandlungsaufträgen bestehende Fachgruppe der Nuklearmediziner mit Ausnahme der Leistung nach Nr. 33011 EBM 2009 von Mehr als der Hälfte der Fachgruppe erbracht. Insofern handelt es sich auch um fachgruppentypische Leistungen des für die Fachgruppe der Klägerin geltenden Kapitels 17 EBM 2009. Die Leistungen nach Nr. 33011 EBM 2009 erfüllen aber nicht die geforderte 30 %-Grenze. Damit liegen die Voraussetzungen für eine Sonderregelung bezüglich des Fallwerts nach der genannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht vor. Insofern kommt es auch nicht darauf an, aus welchen Gründen die Fallkosten bei der Klägerin höher sind. Das Bundessozialgericht betont, mit den Regelleistungsvolumina solle nicht ein eingeschränktes, sondern ein umfassendes Leistungsprofil abgebildet werden. Es würde dem Konzept der Regelleistungsvolumina mit seiner Anknüpfung an fachgruppenbezogene Durchschnittswerte, die alle fachgruppentypischen Leistungen abbilden, widersprechen, wenn ein Teil der Fachgruppe ausschließlich die niedriger bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet, während ein anderer Teil ausschließlich die hoch bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet und dafür eine individuelle Erhöhung des Regelleistungsvolumens erhalten würde ((vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - B 6 KA 20/10 R - a.a.O. Rdnr. 18). Eine Spezialisierung oder besonderer Versorgungsauftrag folgt auch nicht aus dem Umstand, dass die Klägerin nur auf Überweisung tätig wird. Dies gilt für alle Nuklearmediziner. Die mündliche Verhandlung hat ferner ergeben, dass Überweisungen von nuklearmedizinischen Kollegen eher die seltene Ausnahme sind.

Eine Vergleichbarkeit der Fachgruppe bei 22 Arztpraxen mit 52,35 Behandlern ist gegeben. Die von der Klägerin angeführte Entscheidung der 11. Kammer betrifft den Sonderfall der wesentlich kleineren Fachgruppe der Humangenetiker und ist auf die hier vorliegende Konstellation nicht übertragbar.

Die Beklagte hat auch zu Recht eine Fallzahlerhöhung abgelehnt.

Abschnitt 3.4 Teil F EB7 sieht als Ausnahme von der Abstaffelung u. a. eine außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis. Diese Vorgaben werden im Honorarverteilungsvertrag 2009 im Abschnitt II 3.4 übernommen.

Hinsichtlich einer Sonderregelung bzgl. der Fallzahl weist die Beklagte aber zutreffend darauf hin, dass eine Vakanz im Sinne einer

vertragsärztlichen Versorgung nicht vorliegt. Danach hat Herr Dr. A1 seine Zulassung bereits zum 01.07.2007 und damit vor dem Aufsatzquartal I/08 aufgegeben. Herr Dr. A2 hat seinen Vertragsarztsitz in die Praxis bei Prof. Dr. A3 eingebracht und ist dort als angestellter Arzt weiterhin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätig. Von daher liegt eine Praxisaufgabe nicht vor. Eine Recherche der Kammer hat ferner ergeben, dass die Praxis des Prof. Dr. A3 an der K1 Klinik liegt, C-Straße, A-Stadt. Dieser Standort ist 6,9 km von dem Standort der Klägerin entfernt. Von daher liegen die Voraussetzungen für eine Erhöhung des Regelleistungsvolumens nicht vor, da weder eine Aufgabe einer Zulassung noch einer genehmigten Tätigkeit in der näheren Umgebung der Arztpraxis des antragstellenden Arztes vorliegt.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil trägt die Verfahrenskosten.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2014-11-20