

L 4 KA 99/08

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

4
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 84/08

Datum
08.10.2008

2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 99/08

Datum
04.11.2009

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 8. Oktober 2008 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat die Kosten auch des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 5.000.- EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen in den vier Quartalen III/05 bis II/06.

Der Kläger ist als Facharzt für Augenheilkunde mit Praxissitz in A-Stadt seit 25. April 1990 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Für das Quartal III/05 setzte die Beklagte ein Bruttohonorar (PK und EK) in Höhe von 66.162,99 EUR fest. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen betrug 1.574.269,2 Punkte, das abgerechnete Honorarvolumen 2.766.615,0 Punkte, die Überschreitung 1.192.345,8 Punkte. Nach Anwendung der Ausgleichsregelung gemäß Ziff. 7.5 HVV ergab sich ein Auffüllbetrag in Höhe von insgesamt 9.092,67 EUR. Für das Quartal IV/05 setzte die Beklagte ein Bruttohonorar (PK und EK) in Höhe von 72.551,23 EUR fest. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen betrug 1.671.158,0 Punkte, das abgerechnete Honorarvolumen 2.435.405,0 Punkte, die Überschreitung 764.247,0 Punkte. Nach Anwendung der Ausgleichsregelung gemäß Ziff. 7.5 HVV ergab sich ein Auffüllbetrag in Höhe von insgesamt 6.815,30 EUR. Für das Quartal I/06 setzte die Beklagte ein Bruttohonorar (PK und EK) in Höhe von 64.778,46 EUR fest. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen betrug 1.667.130,8 Punkte, das abgerechnete Honorarvolumen 2.500.460,0 Punkte, die Überschreitung 833.329,2 Punkte. Nach Anwendung der Ausgleichsregelung gemäß Ziff. 7.5 HVV ergab sich ein Auffüllbetrag in Höhe von 10.352,01 EUR. Für das Quartal II/06 setzte die Beklagte ein Bruttohonorar (PK und EK) in Höhe von 77.343,10 EUR fest. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen betrug 1.706.634,3 Punkte, das abgerechnete Honorarvolumen 2.320.095,0 Punkte, die Überschreitung 613.460,7 Punkte. Nach Anwendung der Ausgleichsregelung gemäß Ziff. 7.5 HVV ergab sich kein Auffüllbetrag. Eine fallzahlabhängige Quotierung bei Ermittlung der Honoraranforderung gemäß Ziff. 5.2.1 HVV wurde in den Quartalen III/05, IV/05 und II/06 nicht durchgeführt, da die Arzt-/ Fachgruppe der voll zugelassenen Augenärzte mit ihrer gesamten Fallzahlentwicklung in diesen Quartalen im Vergleich zum jeweiligen Ausgangsquartal um weniger als 1 % gestiegen war. Im Quartal I/06 gingen die RLV-relevanten Fallzahlen trotz Überschreitung der Fallzahlobergrenze um einen Fall ebenfalls mit der Quote von 100 % in die Berechnung der Gesamthonorarforderung ein. Bei Ermittlung des praxisbezogenen Regelleistungsvolumens waren in allen streitgegenständlichen Quartalen die in Ziff. 6.3 HVV festgelegten Fallzahlgrenzen von 150 % sowie von 200% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal überschritten mit der Folge einer in Ziff. 6.3 HVV im Einzelnen geregelten Minderung des Regelleistungsvolumens.

Der Kläger beantragte am 26. September 2006 eine "Fallzahlerhöhung aus Sicherstellungsgründen". Er trug vor, durch die Patientenversorgung im ländlichen Versorgungsbereich werde in seiner Praxis seit vielen Jahren eine überdurchschnittliche Zahl von Patienten versorgt. Die Einschränkungen der Fallzahlbegrenzung nach Ziff. 6.3 des HVV seien dahingehend zu ändern, dass die bisher erforderliche Versorgung der Patienten seiner Praxis auch weiter gewährleistet werde. Das Zentrum für soziale Psychiatrie in A-Stadt-C. habe in den vergangenen Jahren viele Patienten in die ambulante kassenärztliche Versorgung überführt. Das Zentrum sei von 600 Betten auf 265 Betten verkleinert worden. Er versorge in verschiedenen Einrichtungen Patienten mit Erkrankungen aufgrund chromosomaler Anomalien mit einem hohen Anteil von ophthalmologischen Mehrfacherkrankungen. Nach Augenoperationen müssten Behinderte intensiver

behandelt werden. Geistig behinderte Diabetiker seien schwer zu führen. Der Aufwand für Behinderte sei höher als für den Bevölkerungsdurchschnitt.

Mit Bescheid vom 5. Februar 2007 lehnte die Beklagte den Antrag auf Sonderregelung im Rahmen der Fallzahlbegrenzung und des Regelleistungsvolumens für die streitbefangenen Quartale ab. In den Quartalen III/05 bis II/06 seien im Ergebnis die gesamten relevanten Fallzahlen mit einer Quote von 100 % in die Berechnung der Gesamthonoraranforderung eingegangen. Gemäß Ziff. 6.3 HVV erfolge die Bewertung der Honorarforderungen einer Praxis, die der Honorargruppe A2/B2 bzw. einer entsprechenden Honorar(unter)gruppe zugeordnet sei, auf Basis eines Regelleistungsvolumens, soweit für die in der Praxis vertretenen Arztgruppen gemäß Ziff. 6.3 arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen benannt seien. Das praxisindividuelle Regelleistungsvolumen bestimme sich aus der Multiplikation der im aktuellen Quartal ermittelten arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der relevanten Fallzahlen in die verschiedenen Altersklassen. Das festgestellte Regelleistungsvolumen einer Praxis sei für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal hinausgehenden Fall um 25 % zu mindern. Überschreite eine Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal die Fallzahlobergrenze in Höhe von 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal, trete diese bei der Ermittlung des praxispezifischen Regelleistungsvolumens anstelle der praxisindividuellen Fallzahl. Für die Fachgruppe der Fachärzte für Augenheilkunde sehe der HVV folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen für das Regelleistungsvolumen vor: Primärkassen: Altersgruppen: 0-5 Jahre (Fallpunktzahl 604), 6-59 Jahre (Fallpunktzahl 420), über 60 Jahre (Fallpunktzahl 776). Ersatzkassen: Altersgruppen: 0-5 Jahre (Fallpunktzahl 528), 6-59 Jahre (Fallpunktzahl 477), über 60 Jahre (Fallpunktzahl 801). Soweit das Regelleistungsvolumen überschritten werde, erfolge eine Bewertung zu einem unteren Punktwert. Für die Beurteilung des Aspekts der Sicherstellung im Rahmen einer Ausnahmeregelung sei maßgeblich, ob im Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden, die die streitgegenständlichen Leistungen abrechneten. Sowohl im Planungsbereich Landkreis ZR., dem die Praxis zuzurechnen sei, als auch im angrenzenden Planungsbereich Stadt ZR. bestehe eine Überversorgung an Augenärzten, so dass die Sicherstellung der augenärztlichen Leistungen als gewährleistet anzusehen sei. Neben dem Kläger seien zurzeit im Landkreis ZR. weitere 13 Augenärzte niedergelassen, davon hätten noch 6 Augenärzte die Genehmigung zur Erbringung von ambulanten Operationen. Deshalb könne aus Gründen der Sicherstellung keine Sonderregelung gewährt werden. Im Übrigen sei es in den Quartalen III/05 bis I/06 nach der Ausgleichsregelung zu Auffüllungsbeträgen gekommen.

Hiergegen legte der Kläger am 22. Februar 2007 Widerspruch ein und wies darauf hin, dass die starren Planungsgrößen einen systematischen Nachteil für die strukturschwachen nordhessischen Landregionen mit vielen Kassenpatienten bilden würden. Die Fallzahlen für die Quartale der vergangenen Jahre bildeten den Maßstab zur Sicherstellung der augenärztlichen Versorgung in seiner Region. Die Bildung von Gemeinschaftspraxen sei in seiner Region nicht möglich. Er versorge seit vielen Jahren 3200 bis 3300 Kassenpatienten pro Quartal. Neben der ambulanten Versorgung vieler vormals stationär aufgenommener Psychiatriepatienten versorge er Patienten aus diabetologischen Schwerpunktpraxen in der Nähe. Diesen Patienten sei eine Fahrt im Umkreis von 50 km nicht möglich. Der EBM 2005 mit den dazugehörigen Beschlüssen des Bewertungsausschusses sowie der Honorarverteilungsvertrag der Beklagten verstießen gegen höherrangiges Recht und seien nichtig. Es sei ihm im Härtefallweg ein höheres Honorar zuzuerkennen. Das Gesetz sehe feste Punktwerte innerhalb des Regelleistungsvolumens vor, demgegenüber schwankten die Auszahlungspunktwerte quartalsweise. Die Leistungspositionen des alten EBM seien in Leistungspositionen des neuen EBM transkodiert worden. Die Kodierung genüge in keiner Weise dem Rechtsstaatsgebot, das in [Artikel 20 GG](#) unter anderem die Bestimmtheit von Gesetzen normiere. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 genüge nicht den gesetzlichen Vorgaben und habe weder den Inhalt der arztgruppenbezogenen Grenzwerte, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten seien (Regelleistungsvolumina), noch den Inhalt der Abstaffelungsregelungen nach Überschreiten des Regelleistungsvolumens geregelt. Der HVV sei rückwirkend in Kraft gesetzt worden, die Veröffentlichung genüge nicht den rechtsstaatlichen Maßstäben. Die Regelung zur Fallzuwachsbeschränkung sei in sich widersprüchlich und unverständlich. Abs. 7 der Ziff. 6.3 HVV sei widersprüchlich, zumindest so unklar, dass sich kein Arzt ein Bild von seiner zu erwartenden Vergütung machen könne. Dazu passe, dass der Vorstand ermächtigt sei, praxisbezogene Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen vorzunehmen. Wie das geschehen soll, sei nicht nachvollziehbar. Der HVV verstoße auch gegen verschiedene Einzelpunkte der Vorgaben des EBM bzw. der Beschlüsse des Bewertungsausschusses. Die Stützungsmaßnahmen der Ziff. 7.5 HVV hätten zumindest in den Quartalen ab II/05 zu gravierenden Honorarrückgängen der einzelnen Arztgruppen geführt. Eine Kombination verschiedener Honorarbegrenzungsmaßnahmen greife unverhältnismäßig in die Berufsausübungsfreiheit der betroffenen Ärzte ein. Der HVV enthalte verschiedene Härtefall- und Ausnahmeregelungen, so nach Ziff. 2.9.2., 5.2.1.f (Fallzahlzuwachs), 6.3 (Regelleistungsvolumen), 7.5.2 (Vermeidung von Honorarverwerfungen). Es sei ferner eine "Global-Härteregelelung" im Wege ergänzender Auslegung in den HVV hinein zu interpretieren. Er habe zum Teil erhebliche Honorarverluste hinnehmen müssen. Die operativen Leistungen aus dem Kapitel 31.2.13 EBM 2005 würden entgegen dem Bewertungsausschuss nicht außerhalb, sondern innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet. Dies betreffe im Schnitt der Quartale II/05 bis II/06 fast 200.000 Punkte pro Quartal. Auch die Nrn. 1600 ff. EBM 2005 hätten außerbudgetär vergütet werden müssen. Dies betreffe fast 190.000 Punkte pro Quartal.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30. Januar 2008 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Darin führte sie aus, der EBM 2005 und die Vorgaben des Bewertungsausschusses seien rechtmäßig. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 sei korrekt umgesetzt worden. Eine Sonderregelung zur Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung (Ziff. 5.2.1 HVV) scheide mangels Beschwerde aus. Die Planungsgrößen für die Bedarfsplanung seien auch nicht starr, da die Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte regionale Differenzierungen vorsehe. Die Umsetzung der Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung ergebe sich aus den Honorarunterlagen. Die Umsetzung des Regelleistungsvolumens sei nicht zu beanstanden. Eine erneute Überprüfung der Versorgungslage habe bestätigt, dass im Landkreis ZR. 13 weitere Augenärzte niedergelassen seien und die augenärztliche Versorgung sicherstellten. Darüber hinaus habe eine Analyse des Leistungsspektrums des Klägers ergeben, dass er die meisten Leistungen im Vergleich zu seiner Fachgruppe in der Häufigkeit unterdurchschnittlich erbringe. Eine Praxisbesonderheit liege nicht vor. Der Umfang der Regelleistungsvolumina sei aus dem Honorarverteilungsvertrag und den Honorarunterlagen ersichtlich. Die Bildung von Honoraruntergruppen entspreche den Vorgaben des Bewertungsausschusses. Die Abstaffelung der Fallpunktzahlen in Abhängigkeit von der Fallzahl der Arztpraxis sei durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 eindeutig festgelegt worden. Diese Bestimmungen seien im Honorarverteilungsvertrag umgesetzt worden. Leistungen des ambulanten Operierens würden gemäß Anlage 3 Ziff. 7.1 HVV extrabudgetär vergütet und unterlägen nicht dem Regelleistungsvolumen. Leistungen nach Nrn. 01600 bis 01623 EBM 2005 seien dem Regelleistungsvolumen zugeordnet worden (Leistungsbereich 4.0). Ein Verstoß gegen den Grundsatz der angemessenen Vergütung liege nicht vor. Das Gleichbehandlungsgebot werde nicht verletzt. Auch die Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV beruhe auf den durch den Beschluss des Bewertungsausschusses gemachten

Vorgaben. Die vom Kläger angeführte Rechtsprechung zu einer Global-Härtefallregelung gelte nicht für die streitbefangenen Quartale. Darüber hinaus beinhalte der HVV eine Härtefallregelung. Gemäß Ziff. 7.1c HVV sei der Vorstand zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt, im Einzelfall Sonderregelungen für zeitlich begrenzte, von den Bestimmungen des Honorarverteilungsvertrages abweichende Regelungen zu treffen. Ein Sicherstellungsdefizit sei jedoch nicht festzustellen.

Hiergegen hat der Kläger am 5. März 2008 Klage erhoben und ergänzend zu seinem bisherigen Vorbringen vorgetragen, die Beklagte werde aufgefordert darzulegen, inwieweit die Sicherstellung der Versorgung der Patienten in ländlichen, strukturschwachen Regionen in seinem Fall berücksichtigt worden sei. Die Beklagte könne von den Vorgaben des Bewertungsausschusses insofern abweichen, als sie weitere Untergruppierungen der Fachgruppe Augenärzte bilde. Sie habe ermessensfehlerhaft gehandelt, weil sie nicht erkannt habe, dass die Möglichkeit der weiteren Differenzierung der Arztgruppen gegeben sei. Weshalb die Beklagte zur Prüfung der Sicherstellung auf einen Umkreis von 50 km abstelle, habe sie nicht begründet. Es fehle ein Nachweis, dass tatsächlich 13 Augenärzte im Landkreis ZR. tätig seien und zur Verfügung stünden. Die Beklagte habe keine Gesamtbetrachtung der vertragsärztlichen Versorgung in ihrem Bereich vorgenommen. Auf die unterdurchschnittliche Häufung seiner Leistungen im Vergleich zur Fachgruppe komme es nicht an. Sein Problem seien die hohen strukturell bedingten Fallzahlen, nicht Praxisbesonderheiten.

Mit Urteil vom 8. Oktober 2008 hat das SG die Klage abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es ausgeführt, dass der Kläger keinen Anspruch auf Neubewertung seines Antrags auf Zuerkennung eines höheren Regelleistungsvolumens für die Quartale III/05 bis II/06 habe. Verfahrensgegenstand sei ausschließlich die Frage einer Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen gewesen. Die Honorarbescheide seien nicht Gegenstand dieses Verfahrens gewesen. Insofern sei eine weitere Klage gegen die Honorarbescheide für die Quartale II/05 bis III/06 unter dem Az. S 12 KA 314/08 anhängig. Wie die Beklagte die konkrete Berechnung der Regelleistungsvolumina vornehme, sei nicht Gegenstand des Rechtsstreits, sondern könne nur im Rahmen der Anfechtung der Honorarbescheide überprüft werden. Nicht zu berücksichtigen gewesen sei daher, dass die Beklagte in rechtswidriger Weise Leistungen einer besonderen Inanspruchnahme nach Nrn. 01100 bis 01110 EBM 2005, dringende Hausbesuche nach Nrn. 01411 und 01412 EBM 2005 sowie schriftliche Mitteilungen, Gutachten nach Nrn. 01600 bis 01623 EBM 2005 entgegen den Vorgaben im BRLV in die Regelleistungsvolumen einbeziehe. Die Berechnung der Fallpunktzahlen könne dadurch nicht zum Nachteil des Klägers erfolgen. Bei Beachtung der Vorgaben im BRLV werde das Regelleistungsvolumen des Klägers nicht erhöht. Ein Ausnahmefall, der ein Abweichen vom festgesetzten Regelleistungsvolumen rechtfertige, liege nicht vor. Nach Ziff. 6.3 HVV sei der Vorstand verpflichtet, bei Vorliegen von Sicherstellungsgründen sein Ermessen im Hinblick auf eine Sonderregelung auszuüben. Dies habe die Beklagte nicht verkannt. Wann ein solcher Ausnahmefall aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung vorliege, werde weder im HVV noch im Beschluss des Bewertungsausschusses noch in den gesetzlichen Regelungen bestimmt und sei daher durch Auslegung zu konkretisieren. Die Beurteilung, ob ein Ausnahmefall vorliege, unterliege der uneingeschränkten gerichtlichen Nachprüfung. Der Beklagten stehe insoweit kein der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum zu. Es würden dieselben Erwägungen wie zu den Ausnahmen von der Teilbudgetierung nach Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 26](#)) und der Erweiterung der Praxis- und Zusatzbudgets (vgl. dazu BSG [SozR 3 2500 § 87 Nr. 31](#)) gelten. Nach der Rechtsprechung des BSG dürfe der Vorstand einer kassenärztlichen Vereinigung, auch unter Geltung eines Honorarverteilungsvertrages Ausnahmen für so genannte atypische Fälle vorsehen. Dabei beschränke sich die Kompetenz des Vorstandes nicht auf die Statuierung von Ausnahmen für "echte Härten", vielmehr müssten sie generell für atypische Versorgungssituationen möglich sein (vgl. BSG, Urteil vom 8. März 1999 – [B 6 KA 15/98 R](#) – [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#), juris Rdnr. 36; BSG, Urteil vom 21. Oktober 1998, [B 6 KA 65/97 R](#) – [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#), juris Rdnr. 23). Eine Generalklausel könne zum Beispiel zur Anwendung kommen, wenn sich überraschende Änderungen der Versorgungsstruktur in einer bestimmten Region ergeben, weil etwa einer von wenigen Vertragszahnärzten in einer Stadt unvorhergesehen aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschieden sei. Vergleichbares gelte für die Änderung der Behandlungsausrichtung einer zahnärztlichen Praxis im Vergleich zum Bemessungszeitraum, etwa wenn sich ein bisher allgemein Zahnärztlich tätiger Vertragszahnarzt auf oralchirurgische Behandlungen konzentriere und deshalb höhere Fallwerte erreiche (vgl. BSG, Urteil vom 21. Oktober 1998, [a.a.O.](#) Rdnr. 23). Zur Erweiterung von Praxis- und Zusatzbudgets gemäß Nr. 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A. I., Teil B, EBM 1996 im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs habe das BSG zur Auslegung des Begriffs "besonderer Versorgungsbedarf" entschieden, dass der besondere Versorgungsbedarf eine im Leistungsangebot der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung voraussetze, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl der Praxis habe. Ausgehend hiervon werde die Ermächtigung des Vorstands der Beklagten für rechtmäßig gehalten. Eine Ungleichbehandlung und damit ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit könnten vorliegen, wenn die Praxis einen zur Fachgruppe atypischen Versorgungsbedarf abdecke. Dies sei unabhängig von der Honorarhöhe oder von eventuell erfolgten Ausgleichszahlungen nach Ziff. 7.5 HVV. Entgegen der Auffassung der Beklagten komme es bei Feststellung der Sicherstellungsgründe nicht allein auf die Versorgung im Umkreis einer Praxis an. Maßgebend für die hier strittige Ausnahmeregelung sei der Versorgungsschwerpunkt der Praxis. Allerdings sei zu berücksichtigen, dass nicht jede im Vergleich zur Fachgruppe vermehrte Erbringung von Einzelleistungen oder Leistungsgruppen oder Spezialisierung einen Ausnahmefall begründen könne, da dann die Regelleistungsvolumina ihren Zweck der Kalkulationssicherheit nicht mehr erreichen könnten. [§ 85 Abs. 4](#) und 4a SGB V gäben keine Vorgabe für differenzierte Ausnahmen und insoweit die Tendenz der Nivellierung des Leistungsgeschehens vor. Im vorliegenden Fall sei nicht erwiesen, dass ein atypischer Sonderfall vorliege. Der Vortrag, die Versorgung der Patienten in ländlichen, strukturschwachen Regionen müsse sichergestellt werden, könne nicht begründen, dass vermehrt Leistungen anfallen. Soweit der Kläger damit die Fallzahlabstaffelung angreife, die bei ihm zu einer Überschreitung des Regelleistungsvolumens von etwa 40 % führe, rechtfertige dies keine Ausnahmeregelung. Die Beklagte habe im Einzelnen dargelegt, dass im Umkreis der Praxis des Klägers unter Einbeziehung der circa 20 km entfernten Stadt ZR. eine ausreichende Versorgung im Fachgebiet des Klägers sichergestellt sei. Es werde für zulässig gehalten, dass übergroße Praxen entsprechend den Vorgaben des HVV nur noch abgestaffelt vergütet würden. Im Fall des Klägers liege kein atypischer Fall vor, so dass dahingestellt bleiben könne, ob es im HVV einer weiteren Global-Härtefallregelung bedurft hätte.

Gegen das ihm am 16. Oktober 2008 zugestellte Urteil hat der Kläger am 10. November 2008 Berufung beim Hessischen Landessozialgericht eingelegt. Zur Begründung hat er ausgeführt, dass er durch die Versorgung von Patienten in einem großen ländlichen Versorgungsgebiet und die Betreuung zahlreicher Patienten in Pflegeeinrichtungen seit vielen Jahren eine überdurchschnittlich hohe Fallzahl aufweise. Da er in jedem der streitgegenständlichen Quartale sowohl 150 % als auch 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe überschritten habe, sei ein Großteil seiner Fälle nur noch mit abgestaffelten Fallpunktzahlen bzw. gar nicht mehr vergütet worden.

Quartal: Fallzahl: FZ bis 150 %: FZ 150-200 %: FZ über 200 %:

III/05 3.236 2.005 668 563

IV/05 3.166 2.118 705 343

I/06 3.269 2.118 706 445

II/06 3.151 2.171 723 257

Daher habe er eine "Fallzahlerhöhung aus Sicherstellungsgründen" beantragt. Er begehre keine Sonderregelung hinsichtlich der Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung, sondern in Bezug auf die Regelung der Ziff. 6.3 HVV. Bei Prüfung der Sicherstellungsgründe könne es nicht allein auf die Versorgung im Umkreis von 50 km der Praxis des Klägers ankommen. Geklärt werden müsse auch, in welchem zeitlichen Umfang die Ärzte im Umkreis des Klägers zur Verfügung stünden. Die Beklagte habe die angeforderte Sicherstellungsanalyse nicht vorgelegt, auch das Gericht habe sich die Sicherstellungsanalyse nicht vorlegen lassen. Insoweit werde die Verletzung des Amtsermittlungsgrundsatzes gerügt und erneut Einsicht in die Sicherstellungsanalyse der Beklagten beantragt. Das SG sei allein der Sicherstellungsanalyse der Beklagten gefolgt und habe weder definiert, welche Anzahl von Praxen es als ausreichend erachte, noch welche Leistungen diese Praxen abrechnen oder in welchem zeitlichen Umfang sie tätig werden. Die Praxislage des Klägers weise einige Besonderheiten auf. Sie befinde sich direkt an der Grenze zum KV-Bereich VY.Kreis. Dies führe dazu, dass er einen besonders hohen Anteil von Patienten aus dem VY.Kreis versorge. Außerdem würden sich einige augenärztliche Praxen mit eingeschränkter Sprechstundenzeit im Umkreis des Klägers befinden. Die augenärztlichen Praxen in D-Stadt und Borken hätten ihren Schwerpunkt im Bereich der Katarakt-Chirurgie und würden daher Grundleistungen nur in eingeschränktem Umfang erbringen. Die Sachlage sei daher vergleichbar mit den vom BSG entschiedenen Fällen. Auch wenn wie hier ein Arzt seinen zeitlichen Tätigkeitsumfang reduziere, führe dies zwangsläufig zu einem Anwachsen der Fallzahlen bei den umliegenden Praxen. Gleiches gelte, sofern eine Praxis sich auf wenige Leistungen wie die Katarakt-Chirurgie spezialisiere und deshalb für die Grundversorgung nur noch eingeschränkt zur Verfügung stehe. Auch sei der Umstand, dass der Kläger eine große Anzahl von Patienten aus Pflege- und Betreuungseinrichtungen behandle, unzureichend gewürdigt worden. Die Entstehung einer Versorgungslücke im Umkreis der Praxis des Klägers sei nicht auszuschließen, wenn der Kläger die zahlreichen Patienten in Pflegeheimen nicht mehr versorge. Gemäß der Rechtsprechung des BSG müsse eine fehlende globale Härteregelung in den HVV hineininterpretiert werden, da allein mit einer Erhöhung der Fallpunktzahlen, wie dies in der Ausnahmeregelung zu Ziff. 6.3 HVV vorgesehen sei, nicht jeder Sicherstellungsproblematik begegnet werden könne. Hinweise auf ein bereits ausgeschöpftes Praxisbudget würden ihn nicht dazu berechtigen, die Behandlung von Kassenpatienten abzulehnen. Somit habe er kaum eine legale Möglichkeit, seine Fallzahlen zu steuern. Honorarverluste, die je nach Berechnungsweise zwischen 23,1 und 54 % des Honorars liegen würden, müsse er nicht hinnehmen. Darüber hinaus werde die Regelung des HVV, wonach Fälle über 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe nicht mehr vergütet würden, für rechtlich angreifbar gehalten. Die verfassungsrechtlich garantierte Berufsausübungsfreiheit des [Artikels 12 GG](#) werde zwar nicht schrankenlos gewährt; Eingriffe könnten aus Gründen des Gemeinwohls erfolgen. Anerkannt sei, dass die Funktionsfähigkeit und Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung solche Belange des Gemeinwohls darstellten. Bei einer Regelung, die eine Honorierung oberhalb von 200 % der durchschnittlichen Fallzahl komplett ausschließe, sei es zumindest zweifelhaft, ob die Funktionsfähigkeit des Systems weiter gegeben sei. Im Übrigen habe der Kläger die für ihn maßgebliche Fallzahl nicht in Erfahrung bringen können. Aus der Anlage zu Ziff. 6.3 HVV würden sich die durchschnittlichen Fallzahlen der Fachgruppe nicht ergeben, lediglich die fachgruppenspezifischen Fallpunktzahlen. Frühestens mit Übermittlung des (korrigierten) Honorarbescheids II/2005 ab dem 1. August 2006 habe der Kläger zumindest die relevante durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe für jedes Quartal erkennen können. Die Honorarbescheide des Jahres 2004 hätten regelmäßig eine durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe von circa 1700 Fällen ausgewiesen. Die Fallzahlen könnten nicht gesteuert werden, wenn die entscheidenden Werte hierfür gar nicht bekannt seien. Dies werde im Hinblick auf die Kalkulationssicherheit für unzulässig gehalten.

Um die Atypik seiner Praxis zu belegen, hat der Kläger mit Schriftsatz vom 22. Oktober 2009 begehrt, Abrechnungsunterlagen verschiedener Augenarztpraxen für das Quartal I/06 anonymisiert beizuziehen sowie in die Sicherstellungsanalyse der Beklagten Einsicht zu nehmen. Außerdem hat er in der mündlichen Verhandlung schriftlich formulierte Beweisanträge überreicht.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 8. Oktober 2008 sowie den Bescheid vom 5. Februar 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30. Januar 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, den Kläger über seinen Antrag auf Sonderregelung hinsichtlich seines Regelleistungsvolumens für die Quartale III/05 bis II/06 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil sowie die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig. Der Kläger habe nicht belegt, dass die von ihm zu versorgenden Patienten in ihrem Zuschnitt signifikant vom Durchschnitt der Fachkollegen abweichen, und dass dadurch bei ihm ein Leistungsbedarf entstehe, der deutlich über den Bedarf der Fachkollegen hinausgehe. Er habe nicht dargelegt, dass seine Patientenschaft durch strukturelle Besonderheiten im Vergleich zu derjenigen seiner Fachkollegen geprägt sei und dass dies einen deutlich überdurchschnittlichen Bedarf an Leistungen ergebe (vgl. BSG, Urteil vom 22. März 2006, B6 KA 88/04 R juris Rdnrn. 15 und 18). Entgegen der Auffassung des Klägers habe sie nicht lediglich die Versorgungslage im Umkreis der klägerischen Praxis geprüft. Vielmehr habe sie im Rahmen der Prüfung von Praxisbesonderheiten eine Analyse des klägerischen Leistungsspektrums vorgenommen, die ergeben habe, dass der Kläger zahlreiche von ihm abgerechnete Leistungen im Vergleich zu seiner Fachgruppe in der Häufigkeit unterdurchschnittlich erbracht habe. Die entsprechenden Daten würden sich den Frequenzstatistiken in der Anlage zu den betreffenden Honorarbescheiden entnehmen lassen. Diese würden zum einen die von der Beklagten im Verhältnis zur Prüfgruppe angestellten Erwägungen zur Häufigkeit der vom Kläger abgerechneten Leistungen belegen. Zum anderen lasse sich der dortigen Aufstellung keine im Leistungsangebot der klägerischen Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung bzw. eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung entnehmen. Der klägerische Vortrag, er behandle eine große Anzahl von Patienten aus Pflege- und Betreuungseinrichtungen, sei in diesem Zusammenhang ebenso ohne Belang wie etwaige Spezialisierungen und Sprechzeiten von Fachkollegen. Die Argumentation lasse vielmehr den Rückschluss zu, dass er schwerpunktmäßig keine gegenüber anderen augenärztlichen Praxen abweichenden speziellen Leistungen erbringe. Eine überproportionale Abrechnungshäufigkeit bei fachgruppentypischen Leistungen belege keine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung und dürfe infolgedessen nicht Gegenstand einer Sonderregelung sein. Dieser Grundgedanke ergebe sich aus dem Urteil des BSG vom 22. März 2006, B 6 KA 88/04 R. Die Beklagte teile die Auffassung des Klägers nicht, der HVV müsse eine globale Härteregelung vorsehen. Die im HVV eingeräumten Möglichkeiten, aufgrund besonderer Umstände Sonderregelungen zu

Honorarbegrenzungsmaßnahme zuzubilligen, würden ausreichen, um besonderen Fällen Rechnung zu tragen und würden sich mit den Voraussetzungen unter III 3.1 S. 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 decken, wonach Anpassungen des Regelleistungsvolumen zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung vorgenommen werden könnten.

Wegen weiterer Einzelheiten sowie des Vortrags der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Urteil des SG vom 8. Oktober 2008 sowie der Bescheid vom 5. Februar 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30. Januar 2008 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubeschcheidung über seinen Antrag auf Sonderregelung hinsichtlich seines Regelleistungsvolumens für die Quartale III/05 bis II/06 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Gegenstand sowohl des Klage- als auch des Berufungsverfahrens ist nur die Frage einer Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen. Nur über den darauf gerichteten Antrag des Klägers vom 26. September 2006 wurde im Bescheid vom 5. Februar 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30. Januar 2008 entschieden. Währenddessen sind die Honorarbescheide für die Quartale III/05 bis II/06 nicht Gegenstand dieses Verfahrens. Gegen die Honorarbescheide für die Quartale II/05 bis III/06 hat der Kläger bei dem SG Marburg unter dem Az. S 12 KA 314/08 Klage erhoben.

Nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14. November 2003, BGBl I S. 2190 mit Gültigkeit ab 1. Januar 2005, verteilt die Kassenärztliche Vereinigung in der vertragsärztlichen Versorgung die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an die Vertragsärzte ([§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab (vorliegend den HVV) an ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat unter anderem Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen ([§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#)). Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina, [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#)). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird ([§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#)). Nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) bestimmt der Bewertungsausschuss Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), unter anderem erstmalig bis zum 29. Februar 2004 auch den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4](#), 6, 7 und 8 SGB V zu treffenden Regelungen. Die nach [§ 85 Abs. 4 a SGB V](#) zu beschließenden bundeseinheitlichen Vorgaben für die regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe sind nach [§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#) Bestandteil der an die Stelle der bisherigen Beschlussfassung durch die kassenärztlichen Vereinigungen tretenden HVM-Vereinbarungen nach [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) in der Fassung des GMG, was in seiner rechtlichen Bindungswirkung der Vereinbarung des Bundesmanteltarifvertrages als "allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge" nach [§ 82 Abs. 1 SGB V](#) entspricht.

Der Bewertungsausschuss ist u. a. mit dem Beschluss vom 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - SGB V](#) - mit Wirkung zum 1. Januar 2005 (im Folgenden: BRLV) seinen Regelungsverpflichtungen nach [§ 85 Abs. 4 a SGB V](#) nachgekommen. Darin bestimmt er, dass Regelleistungsvolumina gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) arztgruppenspezifische Grenzwerte sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum im jeweiligen Kalenderjahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (gegebenenfalls jeweils) vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten sind, überschreitende Leistungsmengen sind mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergüten (III.2.1 BRLV). In Anlage 1 zum Teil III des BRLV sind unter den Arztgruppen, für die Arztgruppentöpfe gemäß III.1 gebildet und Regelleistungsvolumen gemäß III.3.1 ermittelt werden, die Fachärzte für Augenheilkunde genannt.

Zutreffend hat das SG ausgeführt, dass sowohl der BRLV als auch Ziff. 6.3 HVV mit höherrangigem Recht vereinbar und damit wirksam sind. Dies entspricht auch der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats (vgl. Urteile des Senats vom 23. April 2008, [L 4 KA 69/07](#), vom 11. Februar 2009, [L 4 KA 82/07](#) und vom 26. August 2009, [L 4 KA 55/08](#)). Entgegen der Auffassung des Klägers ist nicht zutreffend, dass die bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens nach Ziff. 6.3 HVV die Fallzahlobergrenze von 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal überschreitenden Fälle "nicht vergütet werden". Vielmehr werden nach Ziff. 6. 4 HVV die das festgestellte praxisindividuelle Regelleistungsvolumen überschreitenden Honorarforderungen mit einem unteren Punktwert von mindestens 0,51 Cent bewertet. Ob die Beklagte die Regelungen zur Bildung des Regelleistungsvolumens im Rahmen des Erlasses ihrer Honorarbescheide auch zutreffend angewandt hat, das Regelleistungsvolumen also jeweils richtig berechnet wurde, muss hier dahingestellt bleiben, da Gegenstand des Rechtsstreits, wie oben dargestellt, nicht der Honoraranspruch, sondern eine Sonderregelung zum HVV ist, über den die Beklagte gesondert durch Verwaltungsakt entschieden hat (vgl. hierzu auch BSG, Urteil vom 21. Oktober 1998, [B 6 KA 65/97 R](#), juris Rdnr. 17-19; Urteil des erkennenden Senats vom 26. April 2009, [L 4 KA 76/08](#)).

Der Kläger hat im Rahmen seiner Berufungsbegründung seinen Antrag dahingehend konkretisiert, dass er keine Sonderregelung zur Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung wie Ziff. 5.2.1 d HVV ("junge Praxis") oder Ziff. 5. 2.1 e HVV (Heranwachsen an das arztbezogene Durchschnittshonorar der Honorar(unter)gruppe) - begehrt, wobei es für letztere auch an einer Beschwerde fehlen würde, da in den Quartalen III/05 bis II/06 im Ergebnis die gesamten relevanten Fallzahlen mit einer Quote von 100 % in die Berechnung der Gesamthonorarforderung eingegangen sind. Vielmehr begehrt er eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen (Ziff. 6.3 HVV).

In Ziff. 6.3 HVV (Bildung des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens) haben die Vertragspartner geregelt, dass der Vorstand der Beklagten ermächtigt ist, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung praxisbezogene Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gemäß Anlage zu Ziff. 6.3 HVV vorzunehmen. Vorliegend sind keine Sicherstellungsgründe gegeben, die eine Sonderregelung rechtfertigen, weshalb schon die Voraussetzungen für eine Ermessensbetätigung des Vorstands nicht

vorliegen.

Weder in den gesetzlichen Regelungen noch im BRLV oder HVV ist näher geregelt, unter welchen Voraussetzungen ein Ausnahmefall aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung anzunehmen ist. Der BRLV enthält hierzu lediglich die Regelung in III 3.1 Abs. 4, wonach zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung und zur Zielerreichung einer Maßnahme in III. 1 BRLV darüber hinaus im Honorarverteilungsvertrag Anpassungen des Regelleistungsvolumens vorgenommen werden können. Zutreffend hat das SG angenommen, dass die Sicherstellungsgründe, bei denen ein Ausnahmefall im Sinne von III.3.1. Abs. 4 BRLV bzw. Ziff. 6.3 HVV anzunehmen ist, durch Auslegung zu konkretisieren sind.

Im Zusammenhang mit dem zu beachtenden Vorrang niedergelassener Ärzte bei der Erteilung von Ermächtigungen an Krankenhausärzte ist bei der Beurteilung des Versorgungsbedarfs grundsätzlich vom Planungsbereich auszugehen, weil dieser im Bereich der Bedarfsplanung der gesetzlich vorgeschriebene räumliche Anknüpfungspunkt ist. Der räumliche Bereich, für den zu klären ist, ob ein die vertragsärztliche Versorgung sicherstellendes Versorgungsangebot vorliegt, ist in diesen Fällen grundsätzlich der Planungsbereich, in dem der Krankenhausarzt praktiziert. Die Anknüpfung an den Planungsbereich ergibt sich bei der Frage eines quantitativ-allgemeinen Versorgungsgrades aus den Vorgaben des [§ 101 SGB V](#). [§ 101 SGB V](#) ist aber auch bei der Ermittlung eines qualitativ-speziellen Versorgungsbedarfs maßgebend (vgl. BSG, Urteil vom 19. Juli 2006, [B 6 KA 14/05 R](#)).

An entsprechenden gesetzlichen Vorgaben fehlt es jedoch bei der Beurteilung des Sicherstellungsbedarfs im Zusammenhang mit der Bildung des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens. Es ist davon auszugehen, dass dem Vorstand der Beklagten ein Beurteilungsspielraum, auf welchen räumlichen Bereich abzustellen ist, zusteht - neben ggf. weiteren zu berücksichtigenden Gesichtspunkten -, der gerichtlich jedoch voll überprüfbar ist (vgl. auch Urteil des erkennenden Senats vom 11. Februar 2009, [L 4 KA 82/07](#)). Insoweit kann dahinstehen, ob für die Beurteilung des Aspekts der Sicherstellung im Rahmen der Ausnahmeregelung darauf abzustellen ist, ob im Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stehen, die die streitgegenständlichen Leistungen abrechnen. Jedenfalls ist es nicht zu beanstanden, dass die Beklagte bei einer bedarfsplanungsrechtlichen Überversorgung mit Augenärzten sowohl im Planungsbereich des Klägers als auch im Planungsbereich der ca. 20 km entfernten Stadt ZR. - unter Berücksichtigung weiterer Gesichtspunkte - davon ausgeht, dass keine Sicherstellungsgründe vorliegen, die eine Sonderregelung rechtfertigen.

Auch der Vortrag des Klägers, wonach die starren Planungsgrößen einen systematischen Nachteil für die strukturschwachen nordhessischen Regionen mit vielen Kassenpatienten bilden würden, und er neben der ambulanten Versorgung vieler früher stationär behandelter Psychiatriepatienten auch Patienten aus diabetologischen Schwerpunktpraxen in der Nähe versorge, denen eine Fahrt im Umkreis von 50 km nicht möglich sei, führt zu keiner anderen Beurteilung. Entsprechendes gilt für den weiteren Vortrag, dass sich einige augenärztliche Praxen mit eingeschränkter Sprechstundenzeit im Umkreis des Klägers befinden würden, sowie für die Argumentation, dass einige augenärztliche Praxen ihren Schwerpunkt im Bereich der Katarakt-Chirurgie hätten und daher Grundleistungen nur in eingeschränktem Umfang erbringen würden, was zu einem Anwachsen der Fallzahl beim Kläger geführt habe.

Zum einen ist, wie bereits dargelegt, für die Beurteilung des unbestimmten Rechtsbegriffes der Sicherstellung der Versorgung zu Recht die Versorgungssituation im Planungsbereich der 20 km entfernten Stadt ZR. mit einbezogen worden. Zum anderen liegt auch keine atypische Versorgungssituation vor, die eine Sonderregelung für den Kläger rechtfertigen könnte.

Dabei kann dahingestellt bleiben, ob die Rechtsprechung des BSG, wonach der Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung dazu ermächtigt werden darf, Ausnahmen für so genannte atypische Fälle nicht nur im Sinne von "echten Härten", sondern generell für atypische Versorgungssituationen vorzusehen (vgl. BSG, Urteil vom 8. März 1999 [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#), juris Rdnr. 36; BSG, Urteil vom 21. Oktober 1998, [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 2500 § 85 Nr. 27](#), juris Rdnr. 23), auch unter Geltung eines zwischen der Beklagten und den Krankenkassenverbänden vereinbarten Honorarverteilungsvertrages maßgeblich ist, da jedenfalls keine vergleichbare atypische Fallkonstellation vorliegt.

Das BSG hat im Rahmen seiner Rechtsprechung zur Erweiterung der Praxis- und Zusatzbudgets zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs ausgeführt, dass dies eine im Leistungsangebot der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung voraussetzt, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl der Praxis hat. Dies erfordert hinsichtlich des Leistungsvolumens, dass bei dem Arzt das durchschnittliche Punktzahlvolumen je Patient in dem vom Budget erfassten Bereich die Budgetgrenze übersteigt, und zudem, dass bei ihm im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit vorliegt (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 22. März 2006, [B 6 KA 80/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 12](#), juris Rdnr. 15 m. w. N.).

Selbst wenn man die vom BSG zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs entwickelten Kriterien hier - wie das SG - entsprechend anwenden würde, wären diese nicht erfüllt, da eine im Leistungsangebot der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung oder eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung beim Kläger gerade nicht vorliegt. Der Kläger beruft sich gerade nicht auf eine Spezialisierung. Vielmehr trägt er vor, andere Arztpraxen hätten teilweise ihren Schwerpunkt auf bestimmte operative Bereiche wie die Katarakt-Chirurgie verlegt, oder eingeschränkte Sprechstundenzeiten, weshalb sie Grundleistungen nur noch in eingeschränktem Umfang erbringen würden, und dies zu einem Anwachsen der Fallzahlen des Klägers und der Erbringung von Grundleistungen führe. Die Erbringung von fachgruppentypischen Leistungen für eine hohe Anzahl von Patienten kann aber nicht zur Annahme einer Spezialisierung oder atypischen Praxisausrichtung führen. Im Übrigen hat der Kläger nach den von der Beklagten zutreffend durchgeführten und nicht substantiiert bestrittenen Auswertungen der Frequenzstatistiken in der Anlage zu den Honorarbescheiden zahlreiche von ihm abgerechnete Leistungen im Vergleich zu seiner Fachgruppe nur unterdurchschnittlich häufig erbracht, was zusätzlich gegen eine Spezialisierung bzw. von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung im Sinne der BSG-Rechtsprechung spricht. Er hat auch nicht konkret dargelegt, welcher Mehraufwand speziell durch die Betreuung von behinderten Patienten entsteht.

Als im Rahmen einer Sonderregelung (bei der Fallzahlbegrenzung) zu berücksichtigende Umstände hat das BSG z. B. überraschende Änderungen der Versorgungsstruktur angesehen, wenn z. B. einer von wenigen Vertrags(zahn)ärzten in einer Stadt kurzfristig aus der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung ausscheidet, was zwangsläufig zu einer von anderen Praxen nur eingeschränkt steuerbaren Erhöhung der Zahl der dort behandelten Patienten führt, oder Änderungen der Behandlungsausrichtung einer (zahnärztlichen) Praxis im Vergleich zum

Bemessungszeitraum, etwa wenn sich ein bisher allgemein zahnärztlich tätiger Vertragszahnarzt auf oral-chirurgische Behandlungen konzentriert und deshalb höhere Fallwerte erreicht (vgl. BSG, Urteil vom 10. März 2004, Az.: [B 6 KA 3/03 R](#), juris Rdnr. 29; Urteil vom 21. Oktober 1998, Az.: [B 6 KA 71/97 R](#), juris Rdnr. 29).

Mit derartigen Umständen sind die Gesichtspunkte, auf die sich der Kläger stützt, nicht vergleichbar. Insbesondere liegt keine überraschende Änderung der Versorgungsstruktur vor, sondern seit Jahren eine sehr hohe Fallzahl im Vergleich zu den durchschnittlichen Fallzahlen der Fachgruppe. Nach dem eigenen Vortrag des Klägers hat sich seine Fallzahl seit vielen Jahren nicht wesentlich verändert. Sie lag danach bereits Anfang 2002 und damit weit vor den streitgegenständlichen Quartalen deutlich über 3000 Fällen je Quartal, im Quartal IV/03 sogar bei 3412 (vgl. Schriftsatz des Klägers vom 22. Oktober 2009). Dem Kläger war jedoch bekannt (z. B. aus den Honorarbescheiden des Jahres 2004), dass die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe deutlich niedriger als seine eigene Fallzahl lag, selbst wenn er, wie im Schriftsatz vom 11. März 2009 im Einzelnen dargelegt, für das Quartal II/04 von einer durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe von ca. 1700 aufgrund der Frequenzstatistik ausging und nicht von der für das Regelleistungsvolumen maßgeblichen durchschnittlichen Fallzahl von ca. 1400. Von einem für den Kläger vergleichbar schwer steuerbaren Umstand wie in den vom BSG entschiedenen Fall einer überraschenden Änderung der Versorgungsstruktur kann daher nicht ausgegangen werden, da er es letztlich selber in der Hand hatte, in welchem Umfang er eine vermehrte augenärztliche Betreuung von Patienten in Pflegeeinrichtungen bzw. ehemaligen Psychiatriepatienten und (behinderten) Patienten aus diabetologischen Schwerpunktpraxen sowie aus angrenzenden Regionen übernahm. Dass aufgrund eingeschränkter Sprechstundenzeiten bzw. Spezialisierung anderer Praxen außer dem Kläger praktisch keine weiteren der im Planungsbereich bzw. näheren Umkreis des Klägers niedergelassenen Ärzte/Arztpraxen ausreichend Grundleistungen erbringen und erbringen können, ist - auch im Hinblick auf die nur etwa halb so hohen durchschnittlichen Fallzahlen der Fachgruppe - nicht plausibel dargelegt. Ebenso wenig kann dem Vortrag eine Änderung der Behandlungsausrichtung der Praxis im Vergleich zum Bemessungszeitraum entnommen werden.

Auch die Regelung der Ziff. 7.1 c) HVV ist für die vom Kläger begehrte Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen nicht einschlägig. Dort ist dem Vorstand der Beklagten die Befugnis eingeräumt, wenn dies die Sicherstellung der Versorgung erfordert, Aufwendungen für im Einzelfall zeitlich begrenzte, von den Bestimmungen des HVV abweichende Regelungen, insbesondere zur Erhaltung oder Einrichtung von Praxissitzen, von der Gesamtvergütung vorweg abzuziehen.

Nach der Rechtsprechung des BSG muss ein Honorarverteilungsmaßstab eine allgemeine Härtefallklausel enthalten, auf deren Grundlage in besonderen Fällen Ausnahmen von den Fallwert-/ und oder Fallzahlbegrenzungen vorgenommen werden können (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, [B 6 KA 44/03 R](#)). Insofern ist davon auszugehen, dass der HVV der Beklagten vorliegend unter Ziff. 7.5 HVV bereits eine ausreichende Härtefallregelung für den Fall eines EBM-bedingten Fallwertverlustes von mehr als 5 % im Vergleich zum entsprechenden Quartal des Vorjahres enthält, von der auch die Praxis des Klägers zumindest in den Quartalen III/05 bis I/06 profitiert hat (so bereits Beschluss des erkennenden Senats vom 11. Februar 2009, [L 4 KA 82/07](#)). Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats verstößt nur die in Ziff. 7.5 HVV geregelte Honorarkürzung gegen zwingende Vorgaben des BRLV und ist nicht durch die Ermächtigungsgrundlage in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) i. V. m. [Art. 12 GG](#) gedeckt, vgl. Urteile vom 29. April 2009, [L 4 KA 80/08](#) und vom 24. Juni 2009, [L 4 KA 85/08](#)). Weitergehende Gesichtspunkte für eine davon nicht erfasste besondere Härte sind nicht ersichtlich, zumal die besonderen Umstände, auf die sich der Kläger beruft, schon Jahre vor Einführung der Regelleistungsvolumina und des HVV 2005 vorlagen bzw. eintraten, wie die seit vielen Jahren vorliegenden hohen Fallzahlen oder die Überführung vieler Patienten in die ambulante kassenärztliche Versorgung aus dem Zentrum für soziale Psychiatrie in A-Stadt-C. und Verkleinerung von 600 Betten auf 265 Betten ab den 90iger Jahren. Eine andere Beurteilung ergibt sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt der angemessenen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 9. Dezember 2004, [B 6 KA 44/03 R](#)) ist das in [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) normierte Ziel der angemessenen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen eine von mehreren Vorgaben für die Regelung der gesamtvertraglichen Beziehungen zwischen den vertragsärztlichen Institutionen. Ein Anspruch auf Vergütung in bestimmter Höhe kann daraus nicht hergeleitet werden. Die Zuerkennung höheren Honorars kommt aufgrund des [Artikel 12 Abs. 1 GG](#) i.V.m. dem Gesichtspunkt der angemessenen Vergütung danach erst dann in Betracht, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen gefährdet wird. Hierfür sind keine ausreichenden Anhaltspunkte ersichtlich.

Den Beweisanträgen des Klägers, zuletzt zusammengefasst in dem in der mündlichen Verhandlung übergebenen Schriftsatz vom 4. November 2009, war nicht stattzugeben. Der Kläger hat beantragt, Dr. F. (D-Stadt/ VY.Kreis) sowie U. K. (E-Stadt/ VY.Kreis) zum Beweis der Tatsache als Zeugen zu vernehmen, dass diese schwerpunktmäßig die gegenüber der augenärztlichen Grundversorgung wesentlich lukrativere intraokulare operative Tätigkeit der Kataraktoperationen in einem OP-Zentrum durchführen. Ferner hat der Kläger beantragt, Dr. XYZ. (H-Stadt/ Landkreis ZR.) zum Beweis der Tatsachen als Zeugen zu vernehmen, dass dieser seine Praxis mit eingeschränkter Sprechzeit von 18 Stunden wöchentlich und geringer Präsenz ausübe und in seiner telefonischen Abwesenheitsansage nur folgende Sprechstunden ankündigen lasse: Mo, Do. 8.00 Uhr bis 12.00 Uhr und 15.00 Uhr bis 18.00 Uhr und Di., Mi. 8.00 Uhr bis 12 Uhr. Zudem hat der Kläger zum Beweis der Tatsachen, dass die umliegenden Praxen entweder operative Schwerpunkte hätten und/oder in geringerem Umfang als der Kläger Sprechstunden bzw. Patientenbehandlungen anböten, beantragt, die Fallzahl- und Einzelleistungssstatistiken des Quartals I/06 des Klägers sowie folgender Augendärzte bei der Beklagten anzufordern: Dr. XYZ. (H-Stadt), Dr. HA. (J-Stadt/ Landkreis ZR.), Dr. G. (J-Stadt), Dr. L. (J-Stadt), Dr. F. (D-Stadt), U. K. (E-Stadt), Dr. M. (N-Stadt/ VY.Kreis), Dr. O. (P-Stadt/ VY.Kreis) und Dr. Q. (P-Stadt). Selbst wenn unterstellt würde, der behauptete Sachverhalt - eingeschränkte Sprechstundenzeiten und/oder Spezialisierung der vom Kläger angegebenen im Planungsbereich oder angrenzenden Planungsbereichen praktizierenden Augenärzte im operativen Bereich - wäre erwiesen, ist er weder geeignet, eine im Leistungsangebot der Praxis des Klägers tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung oder eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung zu belegen noch eine überraschende Änderung der Versorgungsstruktur oder der Behandlungsausrichtung der Praxis, wie oben im Einzelnen dargelegt wurde. Selbst der Nachweis operativer Schwerpunkte bzw. eingeschränkter Sprechstundenzeiten der aufgeführten Ärzte würde noch keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür begründen, dass nicht auch von diesen Ärzten die vom Kläger als "Grundversorgung" bezeichnete ärztliche Versorgung in ausreichendem Umfang erbracht werden kann. Unabhängig davon müsste - bei Unterstellung des vom Kläger geltend gemachten Sachverhalts - unter Berücksichtigung der von der Beklagten dargelegten und nicht substantiiert bestrittenen (Über-)Versorgung in der ca. 20 km entfernten Stadt ZR. mit 21 Augenarztpraxen (vgl. auch Schriftsatz der Beklagten im Klageverfahren vom 17. Juli 2008) davon ausgegangen werden, dass auch die sog. "Grundversorgung" durch eine ausreichende Anzahl an praktizierenden Augenärzten im näheren Umkreis des klägerischen Praxis gesichert ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), die endgültige Streitwertfestsetzung auf [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§§ 63 Abs. 2 Satz 1, 47, 52 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz GKG - sowie die Nichtzulassung der Revision auf [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2011-05-30