

L 4 KA 74/10

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

4

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 172/10

Datum

08.09.2010

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 74/10

Datum

17.11.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 8. September 2010 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten auch des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 10.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars in den Quartalen III und IV/08, nunmehr noch beschränkt auf die Begrenzung der Bemessung des Regelleistungsvolumens aufgrund der fallzahlabhängigen Abstufung.

Der Kläger ist seit 12. September 1998 als Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie mit Praxissitz in A-Stadt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Zugleich ist er zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen und führt mit drei weiteren Zahnärzten/Zahnärztinnen eine Gemeinschaftspraxis.

Die Beklagte setzte das Honorar des Klägers für die streitbefangenen Quartale mit Honorarbescheiden vom 20. Januar 2009 (III/08) und 30. März 2009 (IV/08) wie folgt fest:

III/08 IV/08

Nettohonorar gesamt in EUR 29.902,86 17.255,82

Bruttohonorar PK + EK in EUR 30.262,37 17.182,37

Fallzahl PK + EK 308 256

Regelleistungsvolumen gemäß § 5 Abs. 3 HVV

Fallwert 1.941,4 1.887,2

Fallzahl 307 256 Fallzahl

Fachgruppe 64 64

Fallzahlbereich bis 150% (200%) 96 96

Fallzahlbereich 150% bis 200% (zu 75%) 32 32

Fallzahlbereich ab 200% (zu 0%) 179 128

Praxisbezogenes Regelleistungsvolumen in Punkten 232.968 226.464

Abgerechnetes Honorarvolumen in Punkten 502.145 277.410

Überschreitung in Punkten 269.177 50.946

Ausgleichsregelung gemäß § 5 Abs. 4 HVV

Referenz-Fallzahl 56 52

Referenz-Fallwert in EUR 273,7552 190,2344

Aktueller Fallwert in EUR 60,8065 40,2190

Auffüllbetrag je Fall in EUR - -

Auffüllbetrag gesamt in EUR - -

Gegen die Honorarbescheide legte der Kläger mit Schreiben vom 13. März 2009 und 25. Mai 2009 Widerspruch wegen der unzureichenden Vergütung des unteren Punktwertes im Regelleistungsvolumen ein. Der untere Punktwert könne sich nicht nach dem Fachgruppenwert richten, sondern müsse sich nach den individuellen Verhältnissen des Arztes aus der vorangegangenen Zeit richten.

Die Beklagte wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 13. Januar 2010 als unbegründet zurück. In den Gründen erläuterte sie die Honorarverteilung auf der Rechtsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), des EBM 2008 sowie des Honorarverteilungsvertrages (HVV) in der Fassung vom 1. Januar 2008 bis 31. Dezember 2008. Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit des HVV bestünden nicht. Eine fallzahlabhängige Quotierung (§ 5 Abs. 2 HVV) sei bei dem Kläger in den Quartalen III/08 und IV/08 nicht durchgeführt worden, da in diesen Quartalen die Fallzahl der fachärztlichen Versorgungsebene im Vergleich zu dem entsprechenden Vorjahresquartal nicht um mehr als 3 % und die jeweilige Fallzahl der Honoraruntergruppe im Vergleich zu dem entsprechenden Vorjahresquartal nicht um mehr als 1 % gestiegen seien. Nach § 5 Abs. 3 HVV erfolge die Bewertung der Honorarforderungen der Praxis auf Basis eines Regelleistungsvolumens. Die Fallpunktzahl der Praxis bestimme sich nach der Zugehörigkeit der Ärzte dieser Praxis zu einer der unter Anlage 1 b angeführten Fachgruppen. Die Praxis des Klägers gehöre der Honorar(unter)gruppe B 2.15 an. Das Regelleistungsvolumen einer Praxis bestimme sich aus der Multiplikation der nach Anlage 1 im aktuellen Quartal ermittelten arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der kurativ ambulanten Fallzahlen (abzüglich der Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Leistungen nach [§ 115b SGB V](#) abgerechnet wurden) in die verschiedenen Altersgruppen der Patienten. Gemäß der Anlage 1 b zu § 5 Abs. 3 HVV seien für die Arzt-/Fachgruppe des Klägers folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen festgelegt:

RLV-Fallpunktzahl

Primärkassen Ersatzkassen

Altersgruppe der Patienten in Jahren 0-5 6-59 ab 60 0-5 6-59 ab 60

Fallpunktzahl lt. HVV 561 1701 1312 852 3030 2047

Das nach dieser Vorschrift festgestellte Regelleistungsvolumen einer Praxis sei nach § 5 Abs. 3 b) HVV für jeden über 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Honoraruntergruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal hinausgehenden Fall um 25% zu mindern. Es gelte eine Fallzahlobergrenze in Höhe von 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Honoraruntergruppe im Vorjahresquartal. Überschreite eine Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal diese Fallzahlobergrenze, trete diese anstelle der praxisindividuellen Fallzahl bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens. Alle Leistungen, die dem Regelleistungsvolumen unterfielen, würden bis zu einem bestimmten Punktzahlrahmen mit einem oberen Punktwert, alle darüber hinausgehenden Leistungen mit einem unteren Punktwert vergütet. Soweit das Finanzvolumen nicht ausreiche, sei eine weitere Quotierung der Leistungsbewertung vorzunehmen. In der Fachgruppe der Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgen sei der obere und untere Punktwert in den Quartalen III/08 und IV/08 identisch gewesen. Die das praxisbezogene Regelleistungsvolumen überschreitenden Honorarforderungen seien daher nicht zu einem geringeren Punktwert vergütet worden. Soweit der Kläger die Höhe des Punktwerts insgesamt im Vergleich der Vorquartale anzweifelte, gelte für seine Fachgruppe in den Referenzquartalen die Besonderheit, dass für Leistungen, die im Rahmen des Regelleistungsvolumens honoriert würden, im Quartal III/05 ein deutlich höherer Punktwert zugrunde gelegt worden sei. Dies habe darauf beruht, dass bei gleichbleibendem Honorar im Fachgruppentopf die operativen Leistungen der Fachgruppe in den Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung verlagert worden seien. Daher sei ab dem Quartal IV/05 aufgrund eines Vorstandsbeschlusses eine Kappung der Punktwerte auf 4,0 Cent vorgenommen worden. Aufgrund dieser Maximalbegrenzung sei die Auszahlung eines höheren Punktwertes auch in den streitgegenständlichen Quartalen nicht möglich gewesen. Die aus der jeweiligen Arztrechnung zu entnehmenden geringfügig unter 4,0 Cent liegenden Punktwerte resultierten zurecht aus der Punktwertreduzierung zu Gunsten des Honorarbereichs C (ärztlicher Bereitschaftsdienst) sowie der erweiterten Honorarverteilung (EHV). Die Punktwerte für die Fachgruppe des Klägers seien im Rahmen des Regelleistungsvolumens jedoch seit dem Quartal IV/05 weitgehend konstant geblieben. Eine arztindividuelle Betrachtung sei bei der Punktebewertung nicht möglich. Der Kläger habe im Quartal III/05 vergleichsweise wenige Leistungen im Bereich des ambulanten Operierens erbracht. Im aktuellen Quartal III/08 habe der Anteil solcher Leistungen an dem Gesamthonorar deutlich höher gelegen. Somit könne auch bei dem Kläger nicht ausgeschlossen werden, dass im Referenzquartal III/05 eine Verlagerung dieser Leistungen in den Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erfolgt sei. Seine damalige Abrechnungssituation habe der der Fachgruppe entsprochen. Sein Leistungsspektrum unterscheide sich nicht wesentlich von anderen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, so dass keine Anhaltspunkte (insbesondere Gründe der Sicherstellung) ersichtlich seien, die eine Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens rechtfertigen könnte. Im Rahmen der Ausgleichsregelung gemäß § 5 Abs. 4 HVV erfolge ein Vergleich des für das aktuelle Abrechnungsquartal berechneten fallbezogenen Honoraranspruchs (Fallwert in Euro) der einzelnen Praxis mit der fallbezogenen Honorarzahlung in Euro in dem entsprechenden Abrechnungsquartal der Quartale II/05 bis I/06 beschränkt auf Leistungen der Honorargruppe 2. Zeige der Fallwertvergleich einen Fallwertverlust von mehr als 5 % an, erfolge eine Auffüllung auf den maximalen Veränderungsrahmen von 5 %. Die Voraussetzungen zur Teilnahme an der Ausgleichsregelung seien im Quartal I/07 geändert worden, da die im HVV geforderte Voraussetzung "unter sonst gleichen Bedingungen" mit der Herausnahme der AOP-Leistungen aus der budgetierten Gesamtvergütung nicht mehr erfüllt seien. Eine Teilnahme an der Ausgleichsregelung setze nunmehr voraus, dass der jeweilige Arzt entweder weniger als 1000 EUR im Bereich AOP [§ 115b SGB V](#) abgerechnet habe oder mehr als 1000 EUR im Bereich AOP [§ 115b SGB V](#) abgerechnet und weniger extrabudgetäres Honorar (Honorargruppe 5) als die Fachgruppe erwirtschaftet habe. Diese zusätzlichen Voraussetzungen zur Teilnahme an der Ausgleichsregelung lägen bei dem Kläger vor, da er in den streitgegenständlichen Quartalen zwar Leistungen des ambulanten Operierens im Bereich des AOP-Vertrages in Höhe von mehr als 1000 EUR erbracht habe, er aber weniger extrabudgetäres Honorar als die Fachgruppe erwirtschaftet habe. Dementsprechend habe in seinem Fall von "sonst gleichen Bedingungen" ausgegangen werden können. Da die weiteren Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 4 HVV jedoch nicht erfüllt gewesen seien bzw. das in der Honoraruntergruppe zur Verfügung stehende Honorarvolumen einen Ausgleich auf - 5 % nicht ermöglicht habe, sei die Teilnahme an der Ausgleichsregelung in den Quartalen III/08 und IV/08 entfallen.

Hiergegen hat der Kläger am 12. Februar 2010 Klage erhoben und diese mit Schriftsatz vom 31. Mai 2010 auf die Bemessung des Regelleistungsvolumens aufgrund der fallzahlabhängigen Abstufung begrenzt. Er wandte sich dagegen, dass im Quartal III/08 179 Fälle und im Quartal IV/08 128 Fälle überhaupt nicht vergütet worden seien, welches einer Summe von circa 320.000 Punkten entspreche, zuzüglich der Fälle die ohnehin nur zu 75 % honoriert worden seien. Es müsse auf seine individuelle Fallzahl abgestellt werden. Die Beklagte habe nicht entsprechend den Darlegungen des BSG in der Sitzung vom 17. März 2010 ([B 6 KA 43/98 R](#)) dargelegt, inwieweit die Honorarverteilungsregelungen der gesetzlichen Grundlage entsprochen hätten und inwieweit der Bewertungsausschuss hiervon habe

abweichend eine Regelung treffen dürfen. Die Ableitung zum HVV sei nicht ersichtlich. Die Beklagte habe im Rahmen des ihr obliegenden Ermessens die Ausnahmeregelung des Erweiterten Bewertungsausschusses nicht geprüft und nicht angewandt. Praxisbesonderheiten ergäben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwerts der Arztgruppe von mindestens 30% vorliege. Die Überschreitung von 30 % sei vom Erweiterten Bewertungsausschuss nicht mehr aufrechterhalten worden. Dem hat die Beklagte u. a. entgegengehalten, dass der Kläger seinen Vortrag zu Praxisbesonderheiten nicht substantiiert habe. Es erschließe sich nicht, woraus sich der geltend gemachte Anspruch ergeben solle, wenn der Kläger selbst ausführe, die Voraussetzungen einer Überschreitung von 30% seien durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nicht mehr aufrecht erhalten worden.

Mit Urteil vom 8. September 2010 hat das SG die Klage abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es ausgeführt, die Honorarbescheide für die Quartale III/08 und IV/08 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Januar 2010 seien, soweit sie noch angefochten würden, rechtmäßig. Die Regelungen in § 5 Abs. 3 HVV seien, soweit sie streitbefangen seien, grundsätzlich rechtmäßig, insbesondere mit den gesetzlichen Vorschriften in § 85 Abs. 4 SGB V vereinbar. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) habe der Gesetzgeber die so genannten Regelleistungsvolumina verbindlich vorgegeben. Dadurch solle erreicht werden, dass die von den Ärzten erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Grenzwert mit festen Punktwerten vergütet würden und den Ärzten insoweit Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihrer Praxisumsätze und einkommen gegeben werde. Leistungen, die den Grenzwert überschritten, sollten mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werden, um der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung zu tragen und den ökonomischen Anreiz zur übermäßigen Mengenausweitung zu begrenzen. Ein Ausnahmefall, der ein Abweichen vom festgesetzten Regelleistungsvolumen rechtfertige, liege nicht vor. Der Kläger habe auch keine entsprechenden Gründe vorgetragen. Nach der Ermächtigung in § 5 Abs. 3 d HVV sei der Vorstand ermächtigt, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung altersbezogene Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen vorzunehmen. Es könne dahinstehen, ob diese Bestimmung eine hinreichende Rechtsgrundlage für eine Ausnahmegenehmigung von der fallzahlabhängigen Abstufung darstelle, da jedenfalls nur eine Änderung der Fallpunktzahlen vorgesehen sei. Eine Ausnahmeregelung käme jedenfalls nur bei Vorliegen von Sicherstellungsgründen in Betracht. Nach Auffassung des SG liege aber kein Ausnahmefall vor und habe die Beklagte daher von ihrem Ermessen keinen Gebrauch machen müssen. 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; BS, 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. Entgegen der Auffassung der Beklagten komme es bei der Feststellung der Sicherstellungsgründe nicht allein auf die Versorgung im Umkreis einer Praxis an. Maßgebend für die hier strittige Ausnahmeregelung sei der Versorgungsschwerpunkt der Praxis. Mit der Erbringung der Leistungen werde zunächst der Bedarf dokumentiert, soweit eine Fehlrechnung oder Unwirtschaftlichkeit ausgeschlossen werden könne. Der mit einer Spezialisierung einhergehende vermehrte Zulauf von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern könne gerade auch Ausdruck der Qualität und des Rufs der Praxis sein. Im vorliegenden Fall werde jedoch nicht als erwiesen angesehen, dass ein atypischer Sonderfall vorliege. Soweit der Kläger vortrage, es dürfe nicht auf die Fallzahl der Fachgruppe, sondern es müsse auf seine individuelle Fallzahl abgestellt werden, entbehre dies einer Rechtsgrundlage. Das Vorliegen eines Ausnahmetatbestandes könne damit nicht begründet werden. Der Kläger habe gerade nicht substantiiert dargelegt, worin die Praxisbesonderheit liegen sollte. Allein im Überschreiten der Fallzahlen könne eine solche Praxisbesonderheit nicht gesehen werden. Es werde für zulässig gehalten, dass übergroße Praxen entsprechend den Vorgaben des HVV nur noch abgestaffelt vergütet würden. Wegen des Fehlens eines Ausnahmetatbestandes komme es auf eine Ermessensausübung nicht an.

Gegen das ihm am 13. September 2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 12. Oktober 2010 Berufung beim Hessischen Landessozialgericht (HLSG) eingelegt. Mit seiner Berufungsbegründung wendet er sich weiterhin gegen die fallzahlabhängige Abstufung der Vergütung bereits bei einer Überschreitung von 150 % der Fallzahl der Fachgruppe. Damit liege keine individuelle Abrechnung mehr zu Grunde, sondern sie orientiere sich in der Begrenzung an der Fachgruppe. Die Fachgruppe der MKG-Chirurgen sei vollkommen inhomogen, weil sich hierunter Ärzte befänden, die eine rein chirurgische Ausrichtung der Praxis hätten und andererseits eine Großzahl von Fachgruppenmitgliedern, die ausschließlich prothetische Leistungen erbrächten. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 entfalte im Hinblick auf das streitgegenständliche Quartal III/08 Rückwirkung. Bereits erstinstanzlich seien als Praxisbesonderheiten vorgetragen worden, dass der Kläger offensichtlich schwerere Operationen erbringe, die die Beklagte nur budgetiert vergüte, da der Zuschlag Nr. 31238 EBM-Ä um 108,70 % über dem Fachgruppendurchschnitt liege. Gleiches gelte für die postoperative Überwachung Nr. 31504 und Nr. 31505 EBM-Ä mit 88 % bzw. 149 %. Eine weitere Abweichung zur Fachgruppentypik sei die Überschreitung der Grundpauschale ab dem 60. Lebensjahr mit 105 %, die darauf hinweise, dass der Kläger deutlich ältere Patienten behandle. Hier sei die Versorgung einer Vielzahl von Patienten in Altersheimen und Pflegeheimen zu berücksichtigen. Diese Praxisbesonderheiten seien nicht entsprechend 3.6 Teil F des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses berücksichtigt worden, der durch ergänzenden Beschluss vom 5. Januar 2009 eine Praxisbesonderheit auch dann sehe, wenn der Fallwert der Fachgruppe um weniger als 30 % überschritten werde. Im Übrigen betrage der Streitwert 23.680 EUR, eine Reduzierung im Hinblick auf den Bescheidungsantrag sei nicht angebracht.

Der Kläger beantragt (sinngemäß),

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Marburg vom 8. September 2010 sowie der Honorarbescheide für die Quartale III/08 und IV/08 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Januar 2010 zu verurteilen, den Widerspruch des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig und hat ergänzend ausgeführt, der Kläger habe seine Klage auf die Bemessung der Regelleistungsvolumina aufgrund der fallzahlabhängigen Abstufung beschränkt. Sofern er sich auf Praxisbesonderheiten berufe, sei dies nicht mehr streitgegenständlich und überdies bislang nicht hinreichend substantiiert vorgetragen. Hinsichtlich der Bezugnahme auf den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 werde darauf hingewiesen, dass dieser die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 betreffe. Der Kläger verkenne die für die Beklagte verbindlichen Vorgaben des Bewertungsausschusses. Die Regelungen in § 5 Abs. 3 b HVV über die Abstufung stünden in Einklang mit diesen Vorgaben. Gemäß Abschnitt III Ziff. 3.2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 sei die für eine Arztpraxis zutreffende Fallpunktzahl für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden Fall gemäß Ziff. 3.3 um 25 % gemindert. Nach Abschnitt III Ziff. 3.3.1 des Beschlusses werde die KV-bezogene, arztgruppenspezifische Fallzahlobergrenze je Arzt mit 200 % des Durchschnitts je Quartal auf der Grundlage des jeweiligen Vorjahresquartals festgelegt. Die Beklagte vermöge die Kritik des Klägers, es liege "keine individuelle Abrechnung mehr zu Grunde" vor diesem Hintergrund nicht nachzuvollziehen. Die Ausführungen des Klägers zum Streitwert würden nicht geteilt.

Die Beteiligten sind zu der Absicht, die Berufung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung und ohne Beteiligung ehrenamtlicher Richterinnen und Richter zurückzuweisen, gehört worden.

Wegen weiterer Einzelheiten sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen, der Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung und ohne Beteiligung ehrenamtlicher Richterinnen und Richter entscheiden, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind zuvor gehört worden ([§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)).

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Urteil des SG vom 8. September 2010 sowie die Honorarbescheide für die Quartale III/08 und IV/08 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Januar 2010 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung über seinen Honoraranspruch.

Nach § 5 Abs. 3 a des Honorarverteilungsvertrages gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen, dem BKK Landesverband Hessen, der IKK F. und Hessen, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, der Krankenkasse für den Gartenbau, der Knappschaft - Verwaltungsstelle EL., dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. - Landesvertretung Hessen - sowie dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V. - Landessvertretung Hessen - vom 21. Mai 2008, gültig für die Quartale I/08 bis IV/08, veröffentlicht in info.doc Nr. 3a vom Juli 2008 (im Folgenden: HVV) erfolgt die Bewertung der Honorarforderungen einer Praxis auf Basis eines Regelleistungsvolumens. Die Fallpunktzahl der Praxis bestimmt sich dabei nach der Zugehörigkeit der Ärzte dieser Praxis zu einer der unter Anlagen 1a bzw. 1b angeführten Fachgruppen unter Beachtung der angeführten Altersgruppen der Patienten. Der Kläger ist der Honoraruntergruppe B 2.15 (Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie) zugeordnet (§ 4 Abs. 3 b HVV). Für die Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie wurden unter Anlage 1 b HVV Fallpunktzahlen der arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumina nach § 5 Abs. 3 HVV ab dem Quartal II/08 festgesetzt. Das in den Quartalen III/08 und IV/08 gültige Regelleistungsvolumen der klägerischen Praxis bestimmt sich jeweils aus der Multiplikation der nach Anlage 1b in den Quartalen III/08 und IV/08 ermittelten arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der kurativ-ambulant Fallzahlen in die verschiedenen Altersgruppen der Patienten (abzüglich der Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Leistungen nach § 115 b SGB V oder strahlentherapeutische Leistungen abgerechnet wurden). Gemäß § 5 Abs. 3 b HVV ist das festgestellte Regelleistungsvolumen für die Quartale III/08 und IV/08 jeweils für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Honoraruntergruppe in den jeweiligen vergleichbaren Vorjahresquartalen hinausgehenden Fall um 25 % zu mindern. Bei Überschreitung der Fallzahlobergrenze in Höhe von 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Honoraruntergruppe im jeweiligen Vorjahresquartal tritt diese Fallzahlobergrenze anstelle der praxisindividuellen Fallzahl bei der Ermittlung des praxispezifischen Regelleistungsvolumens. Die vorgenannte Regelung wurde von der Beklagten in den streitgegenständlichen Honorarbescheiden in nicht zu beanstandender Weise umgesetzt.

Die dem zu Grunde liegenden Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß [§ 85 Abs. 4 a SGB V](#) in seiner 93. Sitzung vom 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) mit Wirkung vom 1. Januar 2005 (DÄ 2004, 101 (46), A - 3129) sind nach der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats mit höherrangigem Recht vereinbar (vgl. u. a. HLSG, Urteil vom 17. März 2010, [L 4 KA 25/08](#), Juris Rdnr. 24 mit zahlreichen Nachweisen zur bislang ergangenen Rechtsprechung des erkennenden Senats). Die in § 5 Abs. 3 b HVV geregelte fallzahlabhängige Abstufung, wonach das Regelleistungsvolumen einer Praxis für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Honoraruntergruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal hinausgehenden Fall um 25 % zu mindern ist, und wonach bei Überschreitung der Fallzahlobergrenze in Höhe von 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Honoraruntergruppe im Vorjahresquartal diese an die Stelle der praxisindividuellen Fallzahl bei der Ermittlung des praxispezifischen Regelleistungsvolumens tritt, fand sich bereits in Ziff. 6.3 HVV 2005 in der bis 31. März 2007 geltenden Fassung sowie in § 5 Abs. 3 b HVV 2007 in der vom 1. April 2007 bis 31. Dezember 2007 geltenden Fassung. Die Regelung der Ziff. 6.3 HVV 2005 wurde nach der oben zitierten ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats als mit höherrangigem Recht vereinbar angesehen (vgl. auch BSG, Urteile vom 29. Juni 2011, [B 6 KA 17/10 R](#), 18/10 R, 19/10 R und 20/10 R). Damit sind auch die hinsichtlich der

fallzahlabhängigen Abstufung im Wesentlichen gleichlautenden Nachfolgeregelungen mit höherrangigem Recht vereinbar. Die Beklagte hat im Übrigen zutreffend darauf hingewiesen, dass es sich hier um die Umsetzung der Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 zur Festsetzung der Regelleistungsvolumina in Abschnitt III Ziff. 3.2.1 und in Abschnitt III Ziff. 3.3.1 handelt.

Gemäß § 5 Abs. 3 d HVV ist der Vorstand der KV Hessen ermächtigt, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung praxisbezogene Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen vorzunehmen. Zu der inhaltlich im Wesentlichen gleichlautenden Vorgängerregelung Ziff. 6.3 letzter Absatz HVV 2005 hat das BSG ausgeführt, für die Auslegung dieser Vorschrift sei die Rechtsprechung des BSG zum "besonderen Versorgungsbedarf" als Voraussetzung für eine Erweiterung von Praxis- und Zusatzbudgets heranzuziehen und weiterzuentwickeln (vgl. BSG, Urteil vom 29. Juni 2011, [B 6 KA 18/10 R](#)). Zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit genügt es danach allerdings nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die Überschreitung des Regelleistungsvolumens muss vielmehr darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht werden. Dabei wird es sich typischerweise um arztgruppenübergreifend erbrachte spezielle Leistungen handeln, die eine besondere Zusatzqualifikation und besondere Praxisausstattung erfordern. Danach streiten Besonderheiten einer Praxis dann für eine Ausnahme vom Regelleistungsvolumen im Interesse der Sicherstellung, wenn der Anteil der Spezialleistungen am Gesamtpunktzahlvolumen überdurchschnittlich hoch ist. Als überdurchschnittlich ist ein Anteil der Spezialleistungen von mindestens 20 % anzusehen. Ausreichend ist, dass sich die Überschreitungen als Durchschnittswert in einem Gesamtzeitraum von vier aufeinanderfolgenden Quartalen ergeben (vgl. BSG a. a. O.).

§ 5 Abs. 3 d HVV sieht nach seinem Wortlaut lediglich praxisbezogene Änderungen der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen, nicht aber Ausnahmen von der fallzahlabhängigen Abstufung gemäß § 5 Abs. 3 b HVV vor. Der Senat konnte jedoch wie bereits das SG offen lassen, ob die Ausnahmeregelung auch Abweichungen von der noch streitgegenständlichen fallzahlabhängigen Abstufung erlaubt, da Sicherstellungsgründe im oben ausgeführten Sinne weder hinreichend vorgetragen noch ersichtlich sind. Ein hinreichend substantiierter Vortrag des Klägers zu Praxisbesonderheiten ist nicht erfolgt. Aus der vom Kläger vorgetragenen überdurchschnittlichen Abrechnung eines zeitabhängigen Zuschlags zu bestimmten chirurgischen Eingriffen (Nr. 31238) sowie einzelner Leistungsziffern bezogen auf die postoperative Überwachung (Nr. 31504 und Nr. 31505 EBM-Ä) lässt sich noch keine versorgungsrelevante Besonderheit im Sinne der BSG-Rechtsprechung im Vergleich zur Fachgruppe herleiten. Ebenso wenig kann allein im Überschreiten der Fallzahlen eine Praxisbesonderheit gesehen werden, auch nicht in einer ggf. überdurchschnittlich häufigen Behandlung älterer Menschen, wenn hier nicht ein besonderer (allerdings nur fallwerterhöhender) Mehraufwand substantiiert dargelegt wird.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass der Kläger aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008, Teil F - Beschluss gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87 b Abs. 2](#) und 3 SGB V, schon deshalb keine für sich günstigere Rechtslage ableiten kann, weil weder die Regelung des [§ 87 b Abs. 3 Satz 3 SGB V](#), wonach bei der Honorarverteilung seit dem 1. Januar 2009 Praxisbesonderheiten ausdrücklich zu berücksichtigen sind, noch der zu dieser neuen Rechtslage ergangene Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses Rückwirkung entfalten (vgl. BSG, Urteil vom 29. Juni 2011, [B 6 KA 18/10 R](#) m. w. N.). Entsprechendes gilt für die hierzu ergangenen ergänzenden Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2 VwGO](#). Gemäß [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 63 Abs. 2 Satz 1, 40, 47, 52 Abs. 1 GKG](#) ist der Streitwert nach der sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Wenn der Sach- und Streitstand für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte bietet, ist der Streitwert gemäß [§ 52 Abs. 2 GKG](#) auf 5.000,00 EUR festzusetzen. Im Berufungsverfahren war zwischen den Beteiligten der Honoraranspruch in den Quartalen III/08 und IV/08 nur noch insoweit streitig, als die Begrenzung der Bemessung des Regelleistungsvolumens aufgrund der fallzahlabhängigen Abstufung angegriffen wurde. Ausweislich der Honorarbescheide sowie des Widerspruchsbeseids vom 13. Januar 2010 wurden aufgrund eines jeweils identischen oberen und unteren Punktwerts in den Quartalen III/08 und IV/08 auch die Leistungen, die aufgrund der Abstufung das Regelleistungsvolumen überschritten, mit einem identischen Punktwert wie die dem Regelleistungsvolumen unterliegenden Leistungen vergütet. Ein konkretes wirtschaftliches Interesse, in welchem Umfang nur aufgrund Nichtanwendung der Abstufungsregelung ein höherer Honoraranspruch entstünde, ist weder ersichtlich noch vom Kläger dargelegt. Der Streitwert war daher auf 10.000,00 EUR (Auffangstreitwert je Quartal) festzusetzen.

Die Nichtzulassung der Revision beruht auf [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2012-02-23