

S 12 KA 860/06

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 860/06

Datum
31.10.2007
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 82/07

Datum
11.02.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine haus- und fachärztlich tätige Gemeinschaftspraxis zweier Internisten, in der ein Arzt die Genehmigung als „onkologisch verantwortlicher Arzt“ besitzt und die bei über 1.000 Behandlungsfällen im Quartal etwa 28 bis 40 Krebspatienten auch mit Infusionen behandelt, hat keinen Anspruch darauf, dass einem Arzt das Regelleistungsvolumen für Fachärzte für innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie zugebilligt wird.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten und die Gerichtskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Bewilligung einer Sonderregelung für das Regelleistungsvolumen für die Quartale II/05 und ff.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis. Sie besteht aus Herrn Dr. med. A., der als Facharzt für innere Medizin ohne Schwerpunkt seit 01.07.1986 mit Praxissitz in A-Stadt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Herr Dr. med. A. war zunächst der fachärztlichen, dann der hausärztlichen und dann wieder der fachärztlichen Versorgungsebene zugeordnet. Seit dem 01.04.2001 ist er der hausärztlichen Versorgungsebene zugeordnet. Er besitzt eine Genehmigung als "onkologisch verantwortlicher Arzt". Ferner gehört der Gemeinschaftspraxis der Facharzt für innere Medizin ohne Schwerpunkt Herr Dr. B., der für die fachärztliche Versorgungsebene zugelassen ist, an. Herr Dr. med. B. besitzt keine Genehmigung als "onkologisch verantwortlicher Arzt". Abrechnungstechnisch ist die Gemeinschaftspraxis den voll zugelassenen hausärztlich tätigen Internisten zugeordnet. Die Gemeinschaftspraxis besteht seit 01.01.1991.

Am 03.11.2005 beantragte die Klägerin für die onkologische Schwerpunktpraxis des Herrn Dr. med. A. das Regelleistungsvolumen der Hämato-Onkologie. Zur Begründung führte er aus, er versorge als onkologisch verantwortlicher Arzt die Patienten mit hämato-onkologischen Erkrankungen im Kreis A-Stadt. Er führe mit Dr. B. eine hausärztlich-fachärztliche Gemeinschaftspraxis. Dr. B. versorge mit einem gastroenterologischen Schwerpunkt die Patienten fachärztlich. Er behandle zahlreiche Krebspatienten und führe auch Polychemotherapien durch. Diese Patienten besuchten in der Regel seine Sprechstunde über das gesamte Quartal zwei bis dreimal pro Woche, einige Patienten auch täglich. Seiner onkologischen Praxis drohe jetzt aus Budgetgründen das Aus. Mit dem für hausärztlich tätige Internisten vorgesehenen Regelleistungsvolumen könne er unmöglich seine onkologischen Patienten versorgen. Er müsse seine Tätigkeit einstellen. Dadurch entstünde eine gravierende Versorgungslücke für die ambulante Onkologie im Kreis A-Stadt.

Einen am 03.11.2005 gestellten Antrag des Herrn Dr. med. A. auf Wechsel zur fachärztlichen Versorgungsebene zwecks Sicherstellung der ambulanten onkologischen Patientenversorgung wies der Zulassungsausschuss mit Bescheid vom 31.01.2006 ab, weil das Planungsgebiet der Klägerin übergeliefert sei und Zulassungsbeschränkungen bestünden. Ein besonderer lokaler Versorgungsbedarf bestehe nicht.

Mit Bescheid vom 15.03.2006 lehnte die Beklagte den Antrag auf eine Sonderregelung des Regelleistungsvolumens ab. Zur Begründung führte sie aus, die Fallpunktzahlen für das Regelleistungsvolumen seien aufgrund der Zulassung des Herrn Dr. med. A. im Fachgebiet innere Medizin ohne Schwerpunkt mit Zuordnung zur hausärztlichen Versorgungsebene sowie in der Zulassung des Herrn Dr. med. B. zu dem Fachgebiet innere Medizin ohne Schwerpunkt mit Zuordnung zur fachärztlichen Versorgungsebene aus dem Mittelwert der für diese Arzt-/Fachgruppenspezifische RLV-Fallpunktzahlen, zuzüglich eines Zuschlages von 130 Punkten für Gemeinschaftspraxen, ermittelt worden. Die für das Quartal II/05 abgerechnete und im Regelleistungsvolumen unterliegende Honorarforderungen der Gemeinschaftspraxis betrage vorbehaltlich der abschließenden Honorarabrechnung für das Quartal II/05 2.285.575,0 Punkte und überschreite das praxisbezogene

Regelleistungsvolumen in Höhe von 1.237.313,0 Punkten um 1.048.262,0 Punkte. Nach dem vorläufigen Abrechnungsergebnis habe die Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV zu einem Auffüllungsbetrag in Höhe von 14.747,57 Euro geführt. Der Vorstand könne aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung praxisbezogene Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen des Regelleistungsvolumens vornehmen. Eine Prüfung der Versorgungssituation im Bereich Kreis A-Stadt habe ergeben, dass drei weitere Fachärzte für innere Medizin, u. a. mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, die vertragsärztliche Versorgung mit den streitgegenständlichen Leistungen sicherstellten. Desweiteren verfügten zwei hausärztlich tätige Internisten im Planungsbereich DD. und ein Allgemeinmediziner im Planungsbereich A-Stadt über eine Genehmigung als onkologisch verantwortlicher Arzt. Eine Sonderregelung aus Sicherstellungsgründen sei daher nicht begründet.

Hiergegen legte die Klägerin am 03.04.2006 Widerspruch ein. Zur Begründung trug sie vor, die Beklagte habe die Versorgungssituation im Bereich A-Stadt fehlerhaft ermittelt. Der angeführte Allgemeinmediziner im Planungsbereich A-Stadt mit Genehmigung eines onkologisch verantwortlichen Arztes existiere nicht. Soweit die Beklagte von einem Radius bis 30 km ausgehe, könnten in ländlichen Gebieten wie seinem Planungsbereich den Patienten solche Wege aufgrund der schlechteren Verkehrsinfrastruktur nicht zugemutet werden. Dies gelte insbesondere für schwerstkranke Tumorpatienten. Sie seien häufig nur sehr eingeschränkt wegefähig und müssten die Praxis mehrfach in der Woche, zum Teil auch täglich, aufsuchen, z. B. bei Chemotherapien. Er versorge solche Patienten seit nunmehr 20 Jahren. Die Versorgung der onkologischen Patienten bilde den Schwerpunkt seiner Vertragsarzttätigkeit. Für die Vorquartale I/03 – II/04 hätte die Beklagte Anteile von 38,8% bis 45,6% an onkologischen Fällen festgestellt. Er sehe nicht, wie seine Patienten durch andere Ärzte versorgt werden könnten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 05.07.2006, der Klägerin am 11.07. zugestellt, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Darin führte sie aus, nach dem Honorarverteilungsvertrag bestimme sich das praxisindividuelle (fallzahlabhängige) Regelleistungsvolumen einer Praxis im Grundsatz aus der Multiplikation der im aktuellen Quartal ermittelten arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der relevanten Fallzahlen in die verschiedenen Altersklassen. Die Zuordnung erfolge nach dem Fachgebiet, für das der Arzt vertragsärztlich zugelassen sei. Bei Gemeinschaftspraxen bestimme sich die Höhe der in den einzelnen Altersklassen zu treffenden Fallpunktzahlen als arithmetischer Mittelpunktswert aus der Fallpunktzahl der in der Gemeinschaftspraxis vertretenen Ärzteverbund mit einem Zuschlag von 130 Punkten bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Gemeinschaftspraxen. Entsprechend seien die Fallpunktzahlen für die Gemeinschaftspraxis errechnet worden. Für das Quartal II/05 habe die Fallzahl der Gemeinschaftspraxis bei 1.154 Fällen und damit um 11 Fälle über der festgesetzten Fallzahlgrenze gelegen. Die für die Berechnung des praxisbezogenen Regelleistungsvolumens zur Abrechnung gekommenen RLV-relevanten Fallzahlen seien aufgrund der Überschreitung der Fallzahlgrenze um 0,69% gekürzt worden. Es habe sich ein praxisbezogenes Punktzahlvolumen von 1.237.313,0 Punkten ergeben. Das Regelleistungsvolumen sei um 1.048.262,0 Punkte überschritten worden. Soweit hierdurch Umsatzeinbußen verursacht worden seien, hätten diese jedoch unterhalb dem vom Kläger angegebenen existenzgefährdeten Umfang gelegen. Im Quartal II/05 sei schließlich gegenüber dem Vorquartal sowie dem Quartal II/04 ein Gesamthonoraranstieg zu verzeichnen gewesen. Das das Regelleistungsvolumen überschreitende Punktzahlvolumen werde im Übrigen noch mit einem Punktwert von 0,51 Cent vergütet. Auch erfolge eine Überprüfung. Weiche der Fallsatz dabei mehr als 5% nach oben oder unten ab, erfolge ein Ausgleich im Sinne einer Auffüllung bei Abweichung von mehr als 5% nach unten (bis zur Differenz von 5%) bzw. alternativ eine Kappung des Fallwertzuwachses bei einem Wachstum von mehr als 5% nach oben. Dies habe bei der Klägerin zu einem Auffüllbetrag in Höhe von 14.747,57 Euro geführt. Abweichungen seien nur aus Sicherstellungsgründen möglich. Nach einem Vorstandsbeschluss sei für die Sicherstellung maßgeblich, ob in einem Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden, die die streitgegenständlichen Leistungen abrechneten hätten. Vor dem Hintergrund, dass er die Zuerkennung der RLV-Fallpunktzahlen der Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie begehre sowie des Umstandes, dass die fachärztlich tätigen Internisten mit diesem Schwerpunkt als onkologisch verantwortliche Ärzte ebenfalls die Ziffern 86500 – 86505 EBM 2000 plus abrechneten, seien diese bei der Betrachtung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in diesem Bereich neben dem hausärztlich tätigen Internisten ebenfalls mit einzubeziehen. Im Umkreis von 10,7 km bis 27,6 km seien insgesamt 3 Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie sowie zwei hausärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt mit Abrechnung onkologischer Leistungen niedergelassen. Im Kreis A-Stadt seien fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie onkologisch tätig (Entfernung 10,7 km) und im Planungsbereich D-Stadt seien zwei fachärztliche Internisten mit diesem Schwerpunkt tätig (Entfernung 15,6 km). Im Landkreis DD. seien zwei hausärztlich tätige Internisten onkologisch tätig (Entfernung 15,6 und 27,6 km). Ferner sei in der weiteren Umgebung (Entfernung ca. 43 km) ebenfalls eine fachärztlich tätige Internistin ohne Schwerpunkt niedergelassen. Alle diese Ärzte hätten im Quartal II/05 die Leistungen nach den Ziffern 86500 und 86505 EBM 2005 abgerechnet. Über dies verfügten die im Planungsbereich D-Stadt onkologisch tätigen Facharztinternisten nach eigenen Angaben noch über eine Vielzahl von freien Kapazitäten und hätten zudem angegeben, dass bei ihnen Wartezeiten nicht bestünden. Im Planungsbereich DD. verfüge einer der niedergelassenen Internisten über unbegrenzt freie Kapazitäten und die Wartezeit betrage ausschließlich nur wenige Tage. Auch die im weiteren Umkreis tätige fachärztliche Internistin habe angegeben, ebenfalls über Kapazitäten und eine kurze Wartezeit zu verfügen.

Hiergegen hat die Klägerin am 02.08.2006 die Klage erhoben. Ergänzend zu ihrem bisherigen Vorbringen trägt sie vor, der angefochtene Bescheid sei rechtswidrig, weil er ermessensfehlerhaft sei. Entgegen der früheren Regelung des HVM bis zum 31.03.2005, wonach auf Grund des entsprechenden Individualbudgets die spezielle Praxisausrichtung der besondere Schwerpunkt, nämlich die Versorgung onkologischer Patienten, berücksichtigt worden sei, würden seit Einführung des EBM 2000 plus innerhalb einer Fachgruppe keine unterschiedlichen Regelleistungsvolumina gebildet werden, die den speziellen Schwerpunkt einer Praxis berücksichtigten. Die Bildung der jeweiligen Fachgruppen-Regelleistungsvolumina würden anhand des Durchschnitts aller erbrachten Leistungen der jeweiligen Fachgruppe berechnet werden. Zur Vermeidung von Honorarverwerfungen sei unter Ziffer 7.5 HVV eine Regelung vorgesehen worden. Ein Ausgleich für die über das Vergleichsquartal hinausgehende Fallzahl sei nicht vorgesehen. Das Regelleistungsvolumen sei für die weitere Durchführung der Chemotherapien viel zu niedrig bewertet. Deshalb habe sie den Antrag auf Zuerkennung des Regelleistungsvolumens in Höhe der Fachärzte für innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie gestellt. Dieses sei annähernd doppelt so hoch wie das für die derzeit für die Gemeinschaftspraxen geltenden Regelleistungsvolumen und mehr als doppelt so hoch wie das Regelleistungsvolumen für hausärztlich tätige Internisten. Eine abweichende Regelung könne der Vorstand der Beklagten nach Ziffer 6.3 HVV aus Sicherstellungsgründen vornehmen. Den in dem Ablehnungsbescheid erwähnten Allgemeinmediziner gebe es nicht. Die Versorgung könne nicht abstrakt in einem Radius von 50 km geprüft werden. Es müsse eine konkrete Betrachtung und Bewertung der vertragsärztlichen Versorgung in einem bestimmten regionalen Bereich vorgenommen werden. Es sei in erster Linie nur auf den betreffenden Planungsbereich abzustellen. Ausnahmsweise im Falle von Subspezialisierungen einzelner Fachgebiete seien Überschreitungen des Planungsbereichs angebracht. Im Kreis A-Stadt sei nur ein fachärztlicher Internist mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie in R-Stadt (Entfernung 10,7 km)

onkologisch tätig. Die Ärzte im Planungsbereich D-Stadt und im Landkreis DD. seien zur Ermittlung der Versorgungssituation nicht zu berücksichtigen. Der im selben Planungsbereich niedergelassene onkologisch tätige Arzt habe aber keine freien Kapazitäten, zumindest habe die Beklagte hierzu keine Angaben gemacht. "Freie Kapazitäten" würden auch schnell durch Budgetregelungen relativiert werden. Hier sei bereits im ersten Abrechnungsquartal aufgrund der hohen Überschreitung des derzeit geltenden Regelleistungsvolumens erkennbar, dass sofortiges Handeln zur Aufrechterhaltung des Sicherstellungsbedarfs erforderlich sei. Die Ausgleichsregelung, die Honorarverluste einschränken solle, sei allenfalls eine Übergangsregelung. Eine wohnortnahe Versorgung sei bei Chemotherapien sehr wichtig. Eine Honorarauffüllung habe in den Quartalen III und IV/05 nicht mehr stattgefunden. Der Honorarrückgang im Quartal III/05 beruhe nicht allein auf einem Fallzahlrückgang, sondern auf einer nicht nachvollziehbaren Quotierung.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid vom 15.03.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.05.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr ab 01.04.2005 für Herrn Dr. med. A. das Regelleistungsvolumen für Fachärzte für innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie zuzugestehen, hilfsweise die Beklagte zu verurteilen, sie hinsichtlich ihres Regelleistungsvolumenansatzes unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, das Regelleistungsvolumen sei Bestandteil des HVV, bei dem es sich seinerseits um Normsetzung durch Vertrag handele. Ein Abweichen sei nicht möglich. Aber selbst den Beschluss des Vorstands zugrunde gelegt, nachdem ein Abweichen aus Sicherstellungsgründen möglich sei, begründe dies für den Kläger keine Sonderregelung, da ein Sicherstellungsproblem nicht gegeben sei. Das Abstellen auf einen Umkreis auf 50 km berücksichtige die unterschiedliche Dichte von Arztpraxen und mute dem Patienten gleiche Wegstrecken zu. Die Bedarfsplanung mache keine Unterscheidung nach Schwerpunkten bei Fachärzten. Auch wenn zunächst ein Arzt in A-Stadt genannt worden sei, der seit dem 01.10.2005 eine Genehmigung als "onkologisch verantwortlicher Arzt" habe, was auf einem Irrtum beruhe, so komme es darauf nicht an, da die Bedarfsprüfung nur anhand der abrechnenden Ärzte vorgenommen worden sei. Auch bei einer Beschränkung des Radius auf 30 km komme man zum gleichen Ergebnis. Lediglich ein Facharzt für innere Medizin mit Sitz in RX. würde dann keine Berücksichtigung finden. Eine Existenzgefährdung des Klägers sei nicht ersichtlich, wie die Honorarentwicklung der Gemeinschaftspraxis seit dem Quartal I/03 zeige. Der Honorarrückgang von Quartal II/05 (124.313,58 Euro) auf III/05 (101.810,84 Euro) von rund 22.500 Euro sei auf einen Fallzahlrückgang zurückzuführen und nicht durch die Bestimmungen zum Regelleistungsvolumen bedingt. Die Fallzahl im Quartal II/05 habe noch bei 1.154 Fällen, im Quartal III/05 dagegen bei 1.006 Fällen gelegen. Die Klägerin sei nicht daran gehindert, Leistungen aus dem Kapitel 3 zu erbringen und abzurechnen. Es liege an ihr, ihre Tätigkeit so auszurichten, dass das Regelleistungsvolumen nicht überschritten werde. Eine Angleichung des Regelleistungsvolumen an das einer anderen Verarbeitungsfachgruppe hätte zur Voraussetzung, dass die Praxisbesonderheit dies erfordere, weil die Tätigkeit dem Bild der Facharztgruppe, mit der eine Angleichung gesucht werde, mehr entspreche als demjenigen, dem der Antragsteller zugeordnet sei. Auch wenn die Klägerin in erster Linie onkologische Leistungen erbringe, könne ihr Praxisbetrieb nicht dem eines Facharztes für innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie entsprechen. Herr Dr. med. A. dürfe nur bestimmte Leistungen aus dem onkologischen Bereich erbringen. Die Leistungsziffern aus dem Kapitel 13 Ziffer 13.3.4 Hämato-/Onkologische Leistungen dürften nur von Fachärzten für innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie berechnet werden. Diese Bereiche könnten auch sämtliche Leistungen aus dem Kapitel 13 berechnen, nicht aber Herr Dr. med. A. Ein Arzt, der der hausärztlichen Versorgungsebene angehöre, dürfe nach den Vorgaben des EBN kurative onkologische Leistungen, die ihrer Natur nach fachärztliche Leistungen seien, nicht erbringen. Dies habe zur Folge, dass eine Genehmigung nach der Onkologie-Vereinbarung nicht erteilt werden könne. Auch dies spreche gegen eine wenn auch nur honorartechnische Gleichbehandlung des Klägers mit den Fachärzten für innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der vom Gericht beigezogenen Verwaltungsakten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Absatz 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)).

Der angefochtene Bescheid vom 15.03.2006 in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 05.05.2006 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zuerkennung eines Regelleistungsvolumens für Fachärzte für innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie. Sie hat auch keinen Anspruch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Nach der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Verbänden der Krankenkassen zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005, bekannt gemacht als Anlage 2 zum Landesrundsreiben/Bekanntmachung vom 10.11.2005 (HVV) sind nach Ziffer 6.3 praxisindividuelle Regelleistungsvolumen zu bilden, da die Mitglieder der klagenden Gemeinschaftspraxis zu den entsprechenden Arztgruppen gehören.

Im Einzelnen bestimmt Ziffer 6.3 HVV:

"Die im Abrechnungsquartal für eine Praxis zutreffende Fallpunktzahl bestimmt sich aus der Zugehörigkeit der Ärzte einer Praxis zu einer in der Anlage 1 angeführten Arzt-/Fachgruppe unter Beachtung der angeführten Altersklassen. Bei Gemeinschaftspraxen bestimmt sich die Höhe der in der einzelnen Altersklasse zu treffenden Fallpunktzahl als arithmetischer Mittelwert aus der Fallpunktzahl der in der Gemeinschaftspraxis vertretenen Ärzte (gemäß Zuordnung entsprechend Anlage zu Ziffer 6.3) verbunden mit folgender Zuschlagsregelung:

- 130 Punkte bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Gemeinschaftspraxen sowie bei Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer

Leistungsbeschränkung gemäß Angestellten-Ärzte Richtlinien unterliegen,

alternativ

- 30 Punkte je in einer arztgruppen- oder schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxis repräsentiertem Fachgebiet oder Schwerpunkt, mindestens jedoch 130 Punkte und höchstens 220 Punkte

Bei der Ermittlung der Zuschlagsregelung bleiben Ärzte aus Arztgruppen, für die gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 keine arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen definiert sind, unberücksichtigt.

Die Zuschlagsregelung findet keine Anwendung bei Praxen mit angestellten Ärzten bzw. zugelassenen Ärzten, die einer Leistungsbeschränkung gemäß Bedarfsplanungsrichtlinien bzw. Angestellten-Ärzte-Richtlinien unterliegen. Für Ärzte bzw. Psychotherapeuten, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, richtet sich die Höhe der Fallpunktzahl in den einzelnen Altersklassen nach dem Schwerpunkt der Praxistätigkeit bzw. dem Versorgungsauftrag mit dem der Arzt bzw. Psychotherapeut zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

Das im aktuellen Abrechnungsquartal gültige praxisindividuelle (fallzahlabhängige) Regelleistungsvolumen einer Praxis bestimmt sich dann aus der Multiplikation der im aktuellen Quartal nach verstehender Vorgabe ermittelten arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der relevanten Fallzahlen in die verschiedenen Altersklassen.

Bei der Ermittlung der für die einzelnen Altersklassen gültigen relevanten Fallzahlen einer Praxis sind alle kurativ ambulanten Behandlungsfälle (gemäß § 21 Abs. 1 Satz 1 und Absatz 2 BMVÄ bzw. § 25 Absatz 1 Satz 1 GKV zugrunde zu legen, ausgenommen Behandlungsfälle, die gemäß Anlage 1 Und 2 zu Ziffer 7.1 Honorierung kommen, Notfälle im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. Notdienst (Muster 19 A der Vordruckvereinbarung), Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen sowie Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels V. 40 abgerechnet werden. Die so festgestellten Fallzahlen reduzieren sich dabei (vorab der Berechnung des praxisindividuellen (fallzahlabhängigen) Regelleistungsvolumens) aufgrund einer zuvor durchgeführten fallzahlabhängigen Bewertung (Fallzahlbegrenzungsregelung) gemäß Ziffer 5.2, wobei die aus dieser Maßnahme resultierende Reduzierung anteilig auf die Altersklassen zu verteilen ist.

Das nach dieser Vorschrift festgestellte Regelleistungsvolumen einer Praxis im aktuellen Quartal ist dann nachfolgend für jeden über 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal hinausgehenden Fall um 25% zu mindern. Die Feststellung der relevanten durchschnittlichen Fallzahl erfolgt bei Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung unterliegen, je in der Gemeinschaftspraxis tätigen Arzt bzw. Psychotherapeuten.

Für die Bildung des Regelleistungsvolumens einer Praxis im Abrechnungsquartal gilt im Übrigen eine Fallzahlobergrenze in Höhe von 200% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal. Überschreitet eine Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal diese Fallzahlobergrenze, tritt diese anstelle der praxisindividuellen Fallzahl bei der Ermittlung des praxispezifischen Regelleistungsvolumens. Dabei bestimmt sich im Falle von Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten, die keiner Leistungsbeschränkung unterliegen, die Fallzahlobergrenze aus den arztgruppenbezogenen durchschnittlichen Fallzahlen im entsprechenden Vorjahresquartal je in der Gemeinschaftspraxis tätigen Art bzw. Psychotherapeuten.

Für Ärzte bzw. Psychotherapeuten, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, bestimmt sich die durchschnittliche Fallzahl im entsprechenden Vorjahresquartal für vorstehende Bewertungsvorgaben bzw. Fallzahlobergrenze aus der Honorar(unter)gruppe, zu der sie nach dem Versorgungsauftrag zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

Soweit in der Anlage zu Ziffer 6.3 Arztgruppen nicht aufgeführt sind, gehen deren Fälle und Honoraranforderungen nicht in die Berechnung des praxispezifischen Regelleistungsvolumens ein.

Der Vorstand der KV Hessen ist ermächtigt, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogenen Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 vorzunehmen."

Ausgehend hiervon hat die Beklagte das Regelleistungsvolumen und insbesondere die arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen zutreffend berechnet. Bei Gemeinschaftspraxen ist die Höhe der in den einzelnen Altersklassen zu treffenden Fallpunktzahlen als arithmetischer Mittelpunktswert aus der Fallpunktzahl der in der Gemeinschaftspraxis vertretenen Ärzte mit einem Zuschlag von 130 Punkten zu bilden. Danach ergeben sich folgende Fallpunktzahlen:

Primärkassen Ersatzkassen
Alter 0-5 6-59 über 60 0-5 6-59 über 60
Internisten hausärztlich 520 576 1.059 424 475 821
Internisten fachärztlich 714 963 1.304 921 1.058 1.200
Summe 1.234 1.539 2.363 1.345 1.533 2.021
Mittel (:1/2) 617 769,5 1.181,5 672,5 766,5 1.010,5
Zuschlag 130 P. 647 899,5 1.311,5 802,5 896,5 1.140,5
Gerundet 647 900 1.312 803 897 1.141

Im Ergebnis ergeben sich die Werte, von denen auch die Beklagte ausgegangen ist und die sie im angefochtenen Widerspruchsbescheid nochmals dargestellt hat.

Die Klägerin hat keinen Anspruch darauf, dass für Herrn Dr. med. A die nachfolgenden, sich aus der Anlage zu Ziff. 6.3 HVV ergebenden Fallpunktzahlen für Internisten mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie zugrundegelegt werden:

Primärkassen Ersatzkassen

Alter 0-5 6-59 über 60 0-5 6-59 über 60

Internisten mit

SP Hämato-/Onkologie 1.556 1.387 1.652 2.059 1.820 2.179

Die Zuordnung der Fallpunktzahlen erfolgt ausschließlich nach der Arztgruppe, der der Arzt aufgrund seiner Zulassung angehört. Die weitere Aufteilung der Fachgruppe der Internisten folgt insoweit den Vorgaben des Bewertungsausschusses und ist mit den gesetzlichen Regelungen im Einklang.

Nach § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung v. 20.12.1988, [BGBl. I S. 2477](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 14.11.2003, [BGBl. I S. 2190](#) mit Gültigkeit ab 01.01.2005 (SGB V), verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73) ([§ 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 an; für die Vergütung der im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am 31. Dezember 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab angewandt ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen ([§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)). Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten ([§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden ([§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat 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](#)). Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung ([§ 85 Abs. 4 Satz 9 SGB V](#)). Die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 4a Satz 1 getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Vereinbarungen nach Satz 2 ([§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#)). Dabei bestimmt nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) der Bewertungsausschuss Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind; er bestimmt ferner, erstmalig bis zum 29. Februar 2004, den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4](#), 6, 7 und 8 SGB V zu treffenden Regelungen.

Der Bewertungsausschuss ist seinen Regelungsverpflichtungen nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) u. a. durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) mit Wirkung zum 1. Januar 2005 (Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 46 vom 12.11.2004, Seite A-3129 = B-2649 = C-2525) (im Folgenden: BRLV) nachgekommen. Darin bestimmt er, dass Regelleistungsvolumen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) arztgruppenspezifische Grenzwerte sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum (Arzt-Abrechnungsnummer) im jeweiligen Kalendervierteljahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (ggf. jeweils) vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten sind. Für den Fall der Überschreitung der Regelleistungsvolumen ist vorzusehen, dass die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergüten ist (III.2.1 BRLV). Für die Arztpraxis oder das medizinische Versorgungszentrum, die bzw. das mit mindestens einer der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sind im Honorarverteilungsvertrag nachfolgende Regelleistungsvolumen zu vereinbaren, für die dieser Beschluss die Inhalte der Regelungen vorgibt (III.3.1 Abs. 1 BRLV). Die in 4. aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen unterliegen nicht den Regelleistungsvolumen (III.3.1 Abs. 4 BRLV). In der Anlage 1 unter den Arztgruppen, für die Arztgruppentöpfe gemäß III.1. BRLV und Regelleistungsvolumen gemäß III.3.1 BRLV berechnet werden, werden neben Fachärzten für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, auch Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämato-/Onkologie genannt. Dies ist jedenfalls insoweit mit der gesetzlichen Vorgabe nach arztgruppenspezifischen Grenzwerten (Regelleistungsvolumina) vereinbar, als bei Internisten zwischen der haus- und fachärztlichen Versorgungsebene unterschieden wird.

Soweit der Vorstand der KV Hessen ermächtigt ist, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogenen Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 vorzunehmen, liegen solche Sicherstellungsgründe nicht vor.

Die Kammer hat mit Herrn Dr. A und seiner Prozessbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung ausführlich auch die Behandlung der Krebspatienten erörtert. Der Kammer ergab sich hierbei das Bild, dass etwa zwischen 28 und 40 Krebspatienten im Quartal auch mit Infusionen behandelt werden. Die Kammer hält diesen Umfang im Hinblick auf über 1.000 Kassenpatienten der Klägerin im Quartal nicht derart für gravierend, dass dieses Leistungsgeschehen nicht noch hinreichend von dem Regelleistungsvolumen erfasst werden würde. Hierbei war zu berücksichtigen, dass zwar die chemotherapeutischen und punktzahlaufwendigen Leistungen nicht von allen Ärzten erbracht werden, aber die Betreuung und Behandlung von Krebspatienten zum normalen Leistungsspektrum einer hausärztlichen Praxis gehört. Von daher vermochte die Kammer keinen besonderen Sicherstellungsbedarf in Bezug auf das Regelleistungsvolumen erkennen. Von daher konnte auch die Frage dahinstehen, ob ein solcher Bedarf erst dann vorliegt, wenn nach bedarfsplanungsrechtlichen Gesichtspunkten die Sicherstellung der Versorgung nicht gewährleistet ist oder ob nicht auf den Umfang der konkret wahrgenommene Sicherstellung durch die Praxis abzustellen ist.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-08-25