

S 12 KA 83/07

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 83/07
Datum
30.01.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 25/08
Datum
17.03.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 17/10 R
Datum
29.06.2011
Kategorie
Urteil
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um die Zuerkennung einer Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens nach dem Honorarverteilungsvertrag der Beklagten ab dem Quartal II/05.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxissitz in A-Stadt. Sie besteht aus zwei Ärzten. Frau Dr. med. C ist seit 01.07.1996 als Fachärztin für Chirurgie/Gefäßchirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Herr Dr. med. D ist seit dem 01.04.2002 als Facharzt für Chirurgie/Gefäßchirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Seit diesem Zeitpunkt besteht die Gemeinschaftspraxis. Die Ärzte der Klägerin sind in einem Praxiszentrum für Gefäßkrankheiten in Praxisgemeinschaft mit zwei Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie tätig. Sie verfügen zudem beide über die Genehmigung zur Sonographie in der Gefäßdiagnostik sowie zum ambulanten Operieren. Frau Dr. med. C wurde ferner die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen nach der Ziffer 02311 EBM 2005 (Behandlung des diabetischen Fußes) erteilt. Nach dem Honorarverteilungsvertrag der Beklagten wird die Klägerin der Arzt-/Fachgruppe der Fachärzte für Chirurgie zugeordnet. Sie gehört damit der Honorargruppe B 2.3 an und ist abrechnungstechnisch der VfG 17-00 zugeordnet.

Mit Honorarbescheid vom 27.06.2006 setzte die Beklagte für das Quartal II/05 das Bruttohonorar für den Primär- und Ersatzkassenbereich bei 1.692 Behandlungsfällen auf 176.310,74 EUR fest. Mit Honorarbescheid vom 11.06.2006 setzte sie für das Quartal III/05 bei 1.282 Behandlungsfällen das Bruttohonorar auf 108.126,29 EUR fest.

Am 16.02.2006 beantragte die Klägerin zusammen mit den weiteren Ärzten der Praxisgemeinschaft, ihr das Regelleistungsvolumen für fachärztlich-invasiv tätige Internisten mit dem Schwerpunkt Angiologie zuzuerkennen und die Fallzahl zu erhöhen. Sie trugen vor, das Praxiszentrum für Gefäßkrankheiten in A-Stadt bestehe seit nunmehr sechs Jahren und betreue jährlich ambulant und stationär ca. 14.000 Patienten. Mit Einführung des neuen EBM und insbesondere eines geänderten HVV – mit Wegfall der vorausgegangenen individuellen Vergleichs quartale – sei es bei den angiologisch tätigen Gefäßchirurgen zu einem dramatischen Einbruch der abrechenbaren Fallpunktzahl gekommen, der im Quartal II/05 mit einer Stützungsmaßnahme von 70.000,00 EUR lediglich habe abgefangen werden können. Nach Rückführung der Stützungsmaßnahmen werde dies jedoch zu einer Existenzvernichtung führen. Sie hätten bereits in der Vergangenheit darauf hingewiesen, dass die Gruppe der Gefäßchirurgen nicht mit den übrigen Chirurgen verglichen werden könne. Ein Einkommensverlust mit bis zu 80 % könne von keiner Praxis mehr aufgefangen werden. Während bei den internistisch tätigen Angiologen mit PTA ein angiologischer Komplex von 1.665 Punkten pro Fall zur Anwendung komme mit einer Fallpunktzahl von bis 2.300 Punkten, könnten Chirurgen lediglich ca. 900 Punkte und weniger pro Fall abrechnen. Die Diagnostik sei absolut identisch. Sie könne nicht der Fachgruppe der Chirurgen zugeordnet werden, da sie ausschließlich auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie tätig sei, d. h. der Schwerpunkt ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit liege in der Diagnostik und Therapie der arteriellen, venösen und lymphatischen Erkrankungen. Im Rahmen der Diagnostik von arteriellen Verschlusskrankheiten und der peripheren als auch der supraaortalen Gefäße sei ein wesentlicher Bestandteil der zur Untersuchung möglichen Darstellung die Durchführung der Duplexsonographie. Diese Untersuchungsmethode sei ebenfalls in der Behandlung von phlebologischen Erkrankungen unverzichtbar. Allgemeinchirurgen würden sonographische Untersuchungen eher selten erbringen. Bei den Internisten seien spezielle Regelleistungsvolumina gebildet worden. Es sei ihnen das Regelleistungsvolumen der invasiv tätigen Angiologen mit Punktwerten zwischen 2.423 und 2.443 Punkten bei den Primärkassen sowie 2.048 und 2.400 Punkten bei den Ersatzkassen zuzuerkennen. In dem Quartal II/05 hätten sie einen Honorarverlust von 62,74 EUR im Vergleich zum Vorjahresquartal

hinnehmen müssen. Von den angeforderten 3.045.200 Punkten bekämen sie lediglich 1.437.129,90 Punkte zum oberen Punktwert vergütet, mehr als die Hälfte der angeforderten Leistungen, nämlich insgesamt 1.608.070,10 Punkte seien nur zum unteren Punktwert vergütet worden. Eine vergleichbare Praxis wie die ihre gebe es aufgrund der Integration in das Praxiszentrum für Gefäßkrankheiten in ganz Hessen nicht. Frau Dr. med. C habe in ihrer Einzelpraxis eine Zahl von insgesamt durchschnittlich ca. 850 Scheinen erreicht, bereits bereinigt um die Anzahl der Sonderfälle, die nicht der Fallzahlbegrenzung unterlägen. Hätte Dr. D eine Einzelpraxis aufgenommen, wäre ihm der Status "junge Praxis" zuerkannt worden. Es seien dann Begrenzungsregelungen für insgesamt 12 Quartale nicht anwendbar. Für ihn seien die in den ersten 12 Quartalen erreichten Scheinzahlen anzuerkennen. Die Fallzahlbegrenzung könne nicht angewendet werden, da sie sich zum einen auf Werte aus der Aufbauphase der Gemeinschaftspraxis beziehe und zum anderen außer Acht lasse, dass eine Fallzahlbegrenzung vor Erreichen des Fachgruppenschnitts auf gar keinen Fall anwendbar sei. Die Klägerin war ferner neben 14 weiteren Praxen Mitunterzeichnerin eines Schreibens der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Gefäßmediziner AGNG - Angiologen und Gefäßchirurgen - an die Beklagte, in dem beantragt wurde, das Regelleistungsvolumen der Internisten und Angiologen um 1.000 Punkte auf 2.400 Punkte pro Fall anzuheben, um die gefäßmedizinische Versorgung der häufig multimorbiden gefäßkranken Patienten sicherzustellen. Für die Gefäßchirurgen laute der Antrag, das Regelleistungsvolumen von derzeit 900 Punkten um 1.500 Punkte auf die derzeitige Fallpunktzahl der interventionell tätigen Angiologen von 2.400 Punkten pro Fall anzuheben mit dem Ziel, die Gruppe der Gefäßmediziner mit dem Schwerpunkt Gefäßchirurgie den Leistungen der Angiologen gleich zu stellen. Beide Gruppen gemeinsam beantragten, die Leistung Nr. 13310 EBM 2005 bei fortgeschrittenen Stadien der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit im Stadium III und IV, in denen andere gefäßöffnende oder gefäßrekonstruktive Maßnahmen nicht mehr möglich seien, außerhalb des Regelleistungsvolumens mit festem Punktwert zu vergüten, da diese amputationsreduzierende Leistung ansonsten nicht mehr wirtschaftlich erbracht werden könne. Zusätzlich wurde beantragt, die Ziffern 02311 Behandlung des diabetischen Fußes - und 02312 - Komplexziffer zur Behandlung eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera - außerhalb des Regelleistungsvolumens zu einem festen Punktwert zu vergüten, da eine Erbringung dieser dringend notwendigen Leistungen im ambulanten Sektor ansonsten keinesfalls möglich sein werde.

Mit Bescheid vom 28.04.2006 wies die Beklagte den Antrag ab. Sie wies darauf hin, nach Ziffer 5.2 des Honorarverteilungsvertrages unterlägen die ambulanten Honorarforderungen einer Fallzahlzuwachsbeschränkung, sofern im jeweils aktuellen Abrechnungsquartal die Fallzahl der jeweiligen Honorar(unter)gruppe im Vergleich zum entsprechenden Abrechnungsquartal des Jahres 2004 um mehr als 1 % gestiegen sei. Bis zur praxisindividuellen Fallzahl aus dem entsprechenden Vergleichsquartal des Jahres 2004 zuzüglich 2 % der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe, der die Praxis abrechnungstechnisch zugeordnet sei, werde im aktuellen Abrechnungsquartal der Fallwert zu 100 % anerkannt. Für alle darüber hinausgehenden Abrechnungsfälle erfolge die Anerkennung des Fallwerts noch zu 25 %. Die absolute Fallzahlgrenze der Klägerin habe im Quartal II/05 1.303 Fälle betragen. Bei einer aktuellen Fallzahl von 1.619 Fällen sei diese Fallzahlgrenze um 316 Fälle überschritten worden. Im Ergebnis sei eine Anerkennung des angeforderten Honorarvolumens zu 85,36 % erfolgt. Bei Hinzutreten eines jungen Arztes in eine bereits bestehende Praxis würden die Fallzahlen unter Berücksichtigung der Fachgruppenwerte bestimmt werden. Bei erstmaliger Anwendung der Fallzahlbegrenzungsregelung (Einstufung des 13. Abrechnungsquartals) seien Grundlage die davor liegenden vier Quartale bzw. es erfolge im Sinne einer Bestwertregelung ein Vergleich zwischen den Fallzahlen der Fachgruppe aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2004 sowie den eigenen Werten aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2004. Eine Schlechterstellung der Klägerin gegenüber so genannten "jungen Ärzten" sei nicht zu erkennen. Die aktuelle Fallzahlgrenze im Quartal II/05, dem 13. Abrechnungsquartal des Herrn Dr. D, sei ohnehin auf der Basis des Quartals II/04 ermittelt worden. Die fallzahlabhängige Quotierung komme zur Aussetzung, wenn das Honorar unterhalb des jeweiligen Durchschnittshonorars der Honorar(unter)gruppe liege. Die Klägerin habe im Quartal II/05 das Durchschnittshonorar der Fachgruppe überschritten. Der Vorstand habe ferner beschlossen, dass die Fallzahlobergrenze einer Praxis nicht unterhalb der aktuellen Fallzahl der Fachgruppe liegen dürfe. Nach Ziffer 6.3 des Honorarverteilungsvertrages erfolge zudem eine Bewertung der Honorarforderungen auf Basis von Regelleistungsvolumina. Das im aktuellen Abrechnungsquartal gültige praxisindividuelle (fallzahlabhängige) Regelleistungsvolumen einer Praxis bestimme sich 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. Für die Fachgruppe der Chirurgen sehe der Honorarverteilungsvertrag folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen für das Regelleistungsvolumen vor:

Primärkassen Ersatzkassen

Altersgruppe 0 - 5 6 - 59 -) 60 0 - 5 6 - 59 -) 60

Fallpunktzahl (inkl. GP-Zu-schlag) 537 (667) 796 (899) 1.057 (1.187) 474 (604) 701 (831) 903 (1.033)

Zur Feststellung des endgültigen praxisbezogenen Regelleistungsvolumens im aktuellen Quartal II/05 seien 1.685 Fälle mit einer Quote von 85,93 % zugrunde zu legen. Da der 150%-Wert der Referenzfallzahl größer sei als die RLV-relevante Fallzahl der Praxis, entspreche das endgültige praxisbezogene Regelleistungsvolumen dem vorläufig festgestellten Regelleistungsvolumen. Dieses betrage für das Quartal II/05 1.437.130,0 Punkte. Die abgerechneten Honorarforderungen, die dem Regelleistungsvolumen unterlägen, betrügen dem gegenüber 3.045.200,0 Punkte und überschritten damit das praxisbezogene Regelleistungsvolumen um 1.608.070,0 Punkte. Eine Analyse des Leistungsspektrums auf der Grundlage der Abrechnungsunterlagen für das Quartal II/05 habe zwar ergeben, dass die Klägerin Leistungen nach den Ziffern 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075 und 33076 in größerem Umfang abgerechnet habe. Es sei jedoch keine Möglichkeit gesehen worden, praxisbezogene Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen vorzunehmen. Eine Überprüfung der Versorgungssituation für den Bereich A-Stadt habe ergeben, dass weitere Ärzte - u. a. auch der Prüfgruppe der Klägerin - in diesem Planungsbereich über die fachliche Genehmigung für die streitgegenständlichen Leistungen verfügten und diese auch abgerechnet. Eine Sicherstellungsproblematik sei nicht festzustellen. Sofern es zu Honorarverwerfungen nach Einführung des EBM 2005 komme, könne die im Honorarverteilungsvertrag vorgesehene Regelung zur Vermeidung von Fallwertverlusten zur Anwendung kommen. Im Quartal II/05 sei es zu einem Auffüllungsbetrag für die Klägerin in Höhe von 79.702,03 EUR gekommen.

Hiergegen legte die Klägerin am 30.05.2006 Widerspruch ein. Sie trug vor, hinsichtlich der Fallzahlbegrenzung werde Herr Dr. D auf die Werte aus dem Quartal II/04 festgesetzt. Werte aus der Aufbauphase dürften aber als Maßstab nicht herangezogen werden. Die Aufbauphase einer Praxis sei auf mindestens drei Jahre bis fünf Jahre zu bemessen. Die Fallpunktzahl bezüglich des Regelleistungsvolumens für die Versicherten der Altersgruppe 6 - 59 Jahre der Primärkassen betrage inklusive Gemeinschaftspraxiszuschlag 926 Punkte und nicht, wie dargestellt, 899 Punkte. Die Beklagte verkenne, dass es nicht um ein Sicherstellungsproblem gehe, sondern um die Zuordnung der Praxis. Die Fehlerhaftigkeit der Einordnung zeige auch, dass mehr als die Hälfte der angeforderten Leistungen nur zum unteren Punktwert vergütet worden seien. Während im Quartal II/04 noch ein durchschnittlicher Fallwert von 110,5534 EUR festgestellt worden sei, ergebe sich

jetzt ein aktueller Fallwert von 47,8096 EUR. Die Ausgleichsregelung sei lediglich eine "Übergangsregelung" und dürfte wohl über das Jahr 2006 hinaus keinen Bestand haben.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21.02.2007, der Klägerin am 23.02. zugestellt, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. In den Bescheidgründen führte sie unter weitgehender Wiederholungen ihrer Ausführungen im angefochtenen Ausgangsbescheid weiter aus, für die fallzahlabhängige Quotierung seien die Fallzahlen der Gemeinschaftspraxis aus den entsprechenden Quartalen des Jahres 2004 zugrunde gelegt worden. Danach stellten sich die Fallzahlen wie folgt dar:

Ausgangsquartal

aktuelles Quartal Bereinigte ambulante Fallzahl Fallzahlgrenze incl. 2%-iger Steigerungsrate (in Fällen) Fallzahlüberschreitung (in Fällen)

II/04 1.278

II/05 1.619 1.303 316

III/04 1.187

III/05 1.251 1.211 40

Im Quartal III/05 sei die fallzahlabhängige Quotierung nicht zur Anwendung gekommen, da die gesamte Fallzahlentwicklung der Fachgruppe um weniger als 1 % gestiegen sei. Bezüglich des Regelleistungsvolumens weise die Klägerin zutreffend darauf hin, dass sich im Primärkassenbereich für die Altersgruppe 6 - 59 Jahre eine Fallpunktzahl von 926 Punkten ergebe. Im Quartal II/05 seien 1.452 Fälle mit einem Fallpunktwert von 997,1 Punkten zugrunde zu legen. Das Regelleistungsvolumen betrage damit 1.447.789,2 Punkte. Die abgerechneten Honorarforderungen betrügen demgegenüber 3.040.200,0 Punkte und überschritten damit das praxisbezogene Regelleistungsvolumen um 1.592.410,8 Punkte. Für das Quartal III/05 seien 1.277 Fälle mit einem Fallpunktwert von 1.003,9 Punkten zugrunde zu legen. Das Regelleistungsvolumen betrage 1.281.980,3 Punkte. Das abgerechnete Honorarvolumen von 2.186.195,0 Punkten überschreite das Regelleistungsvolumen um 904.214,7 Punkte. Gefäßsonographische Leistungen seien bereits bei Bildung der Regelleistungsvolumina berücksichtigt worden. Eine Ausnahme könne nur aus Gründen der Sicherstellung erfolgen. Für die Beurteilung des Aspektes der Sicherstellung sei dabei maßgeblich, ob im Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden, die die vertragsärztliche Versorgung in diesem Bereich sicherstellten. Ein Sicherstellungsproblem bestehe für den Planungsbereich A Stadt nicht. Für das Quartal III/05 sei ferner ein Auffüllbetrag von 14.348,18 EUR festgesetzt worden.

Hiergegen hat die Klägerin am 14.03.2007 die Klage erhoben. Sie ist weiterhin der Auffassung, dass die Fallzahlbegrenzung den Abrechnungswert des neunten Quartals des Dr. D als Maßstab nehme, was unzulässig sei. Aufgrund ihres besonderen Schwerpunkts könne sie ferner nicht auf das Regelleistungsvolumen für die Fachgruppe der Chirurgen verwiesen werden. Von ca. 300 in Hessen niedergelassenen Chirurgen hätten lediglich ca. sieben Chirurgen die Zusatzbezeichnung "Gefäßchirurgie" bzw. seien auf diesem Gebiet schwerpunktmäßig tätig. Bei den gefäßsonographischen Leistungen hätten sie Abweichungen zur Fachgruppe von bis zu mehr als 400 %. Die Einbeziehung dieser Leistungen in das Regelleistungsvolumen für Chirurgen bewirke einen "Verwässerungseffekt", da dieser Honoraranteil nun in den Honorartopf für die Gesamtheit aller chirurgischen Leistungen eingebracht werde, ohne Berücksichtigung der Tatsache, dass diese spezifischen Leistungen überwiegend nur von ca. sieben Gefäßchirurgen erbracht würden. Der durchschnittliche Punktebedarf aufgrund der speziellen gefäßsonographischen Leistungen sowie durchgeführten Therapien liege bei ca. 1.800 bis 1.850 Punkten pro Fall. Die Beklagte sei im gesamten Bundesgebiet derzeit die einzige KV, die den Gefäßchirurgen ausschließlich das Regelleistungsvolumen der Chirurgen zuerkenne. Die Auffüllbeträge seien zu gering gewesen. Erprobungsregelungen seien nur für einen Übergangszeitraum zulässig. Die Beklagte könne auch nicht auf das Durchschnittshonorar der Chirurgen abstellen, da sich ihre Tätigkeit von den Allgemeinchirurgen sehr stark unterscheide. Die Durchschnittshonorare seien auch sehr ungenau, wie die Beklagte selbst angebe. Weder die in A-Stadt weiteren tätigen Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, noch die von der Beklagten genannten Internisten böten ihr spezielles Leistungsspektrum an. Die Erweiterung des Radius auf 50 km sei nicht geeignet, um eine Sicherstellung zu behaupten.

In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin die Klage bezüglich der fallzahlabhängigen Quotierung im Wege der Klagebegrenzung zurückgenommen.

Die Klägerin beantragt,

unter Aufhebung des Bescheides vom 28.04.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.02.2007 die Beklagte zu verurteilen, ihr ein Regelleistungsvolumen in Höhe des Regelleistungsvolumens für fachärztlich-invasiv tätige Internisten mit Schwerpunkt Angiologie zuzuerkennen,

hilfsweise

sie über ihren Antrag unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie weist darauf hin, bezüglich der fallzahlabhängigen Quotierung sei es auch in den Quartalen IV/05 und II/06 zu keiner Quotierung gekommen. Im Quartal I/06 habe die Anerkennung des Honorarvolumens noch bei 92,41 % gelegen. Eine Sonderregelung sei daher insgesamt nicht angezeigt. Eine Gegenüberstellung des Durchschnittshonorars je Arzt der Fachgruppe mit dem Honorar je Arzt der Klägerin zeige, dass das ärztliche Honorar der Klägerin jeweils höher gewesen sei. Das durchschnittliche Honorar lasse sich aber für die Chirurgen separat nicht ausweisen ab dem Quartal II/05, da auch die Fachärzte für Kinderchirurgie und plastische Chirurgie zu dieser Honorargruppe zählten. Es bleibe jedoch nahezu ohne Auswirkung, da sich unter durchschnittlich 280 Chirurgen lediglich durchschnittlich 10 plastische Chirurgen und ein Kinderchirurg befinde. Vor dem Hintergrund des weit überdurchschnittlichen Honorars sei eine Sonderregelung im Rahmen der fallzahlabhängigen Quotierung nicht gerechtfertigt. Die Klägerin lasse auch unberücksichtigt, dass Dr. D von den Werten der Praxisgemeinschaftspartnerin profitiert habe. Denn bei der Durchführung der fallzahlabhängigen Quotierung in Abrechnungsquartalen II/05 ff. seien die Fallzahlen der Klägerin aus den entsprechenden Bezugsquartalen 2004 zugrunde gelegt worden. Die Klägerin habe mit ihrer Fallzahlanforderung bis auf das Quartal III/04 weit über dem Fachgruppendurchschnitt gelegen. Die durchschnittliche Fallzahl (einschließlich plastische Chirurgen und Kinderchirurgen) in den vier Quartalen des Jahres 2004 habe bei 641, 680, 670 und 650 Fällen gelegen, dem gegenüber habe die Fallzahl pro Arzt der Klägerin 727, 705, 624 und 730 Fälle betragen. Es erscheine unwahrscheinlich, dass die Klägerin

eine ähnlich hohe Fallzahl alleine erreicht hätte. Mit der Einstellung der Fachgruppenwerte hätte sie schlechter gestanden. Die Fallzahlentwicklung dauere nicht an, wie die Fallzahlen aus 2005 und 2006 zeigten. Quartalsweise habe sich die Fallzahl je Arzt der Klägerin von Quartal I/05 bis zu Quartal IV/06 von 672 über 853, 651,5, 718,5, 752,5, 700, 570 auf 679 Fälle entwickelt. Ein Wachstum werde durch die 2%-ige Erhöhung und die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe im Vergleichsquartal 2004 gewährleistet. Hinsichtlich des Regelleistungsvolumens bestehe im Planungsbereich A-Stadt kein Sicherstellungsproblem. Es seien alleine vier Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie niedergelassen. Darüber hinaus seien in A-Stadt fünf Internisten in Einzelpraxis und weitere drei Internisten verteilt auf zwei Gemeinschaftspraxen mit dem Schwerpunkt Angiologie tätig. Diese Ärzte erbrächten auch die entsprechenden Leistungen. Über das Regelleistungsvolumen hinausgehende Leistungen würden zum unteren Punktwert vergütet werden. Honorarminderungen seien gerechtfertigt vor dem Hintergrund der damit zu erzielenden Stabilisierung des Punktwertes. Ziffer 7.5 des Honorarverteilungsvertrages habe ab dem Quartal II/05 zu Auffüllungen geführt, was folgende Darstellung verdeutliche:

Quartale "RLV-bedingte Verluste" Auffüllbetrag

II/05 33.497,98 32.099,25

III/05 26.571,57 5.821,38

IV/05 34.798,74 11.789,43

I/06 26.819,42 16.638,05

II/06 18.578,66 15.484,07

III/06 21.521,71 13.119,75

IV/06 19.806,12 22.009,43

Die Regelleistungsvolumina für Internisten seien je nach Schwerpunkt unterschiedlich ausgestattet, was vor dem Hintergrund der einzelnen Kapitel nach dem EBM 2005 gerechtfertigt sei. Für Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, plastische Chirurgie und Herzchirurgie sehe der EBM 2005 ein einheitliches Kapitel vor. In Hessen seien auch 44, nicht lediglich sieben Chirurgen mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie tätig. Es liege im Ermessen der Klägerin, ihr Leistungserbringungsverhalten in der Weise zu ändern, dass nicht länger ein Großteil ihrer Punkte dem Regelleistungsvolumen unterfielen. Dies sei letztlich eine Folge der Einseitigkeit. Auch ein überdurchschnittlicher Überweisungsanteil im Vergleich zu den Facharztkollegen vermöge einen Anspruch auf Sonderregelung nicht zu begründen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der Beratungen gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Die Klage ist zulässig. Sie ist aber unbegründet. Der angefochtene Bescheid vom 28.04.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.02.2007 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klage war im Haupt- und Hilfsantrag abzuweisen. Die Klägerin hat weder einen Anspruch auf ein Regelleistungsvolumen in Höhe des Regelleistungsvolumens für fachärztlich-invasiv tätige Internisten mit Schwerpunkt Angiologie noch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Der angefochtene Bescheid vom 28.04.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.02.2007 ist rechtmäßig.

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 Klägerin zu den entsprechenden Arztgruppen gehört.

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."

Die Kammer hält diese Regelungen, soweit sie hier streitbefangen sind, grundsätzlich für rechtmäßig.

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 Regelleistungsvolumina 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 Regelleistungsvolumina 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 Regelleistungsvolumina (III.3.1 Abs. 4 BRLV).

Die Klägerin hat nicht beantragt, dass bestimmte Leistungen nicht in das Regelleistungsvolumen einfließen. Wie die Beklagte aber die konkrete Berechnung der Regelleistungsvolumen vornimmt, ist nicht Gegenstand dieses Rechtsstreits, sondern kann nur im Rahmen der Anfechtung des Honorarbescheids überprüft werden.

In der Anlage 1 BRLV werden unter den Arztgruppen, für die Arztgruppentöpfe gemäß III.1. BRLV und Regelleistungsvolumen gemäß III.3.1 BRLV berechnet werden, die Fachärzte für Chirurgie genannt und mit den Fachärzten für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie und für Neurochirurgie zusammengefasst. Entsprechend hat der HVV auch die Fach(unter)gruppe B.2.3 gefasst.

Mit dem GMG hat der Gesetzgeber die bisher als Soll-Vorschrift ausgestaltete Regelung zu den Regelleistungsvolumina verbindlich vorgegeben. Dadurch soll erreicht werden, dass die von den Ärzten erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Grenzwert mit festen Punktwerten vergütet werden und den Ärzten insoweit Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihrer Praxisumsätze und -einkommen gegeben wird. Leistungen, die den Grenzwert überschreiten, sollen mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werden; damit soll zum einen der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung getragen werden, zum anderen soll der ökonomische Anreiz zur übermäßigen Mengenausweitung begrenzt werden (vgl. [BT-Drs. 15/1170, S. 79](#)).

Regelleistungsvolumina dienen damit der Kalkulationssicherheit bei der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (vgl. Engelhard in: Hauck/Haines, SGB V, Kommentar, § 85, Rn. 256a f.; Freudenberg in: jurisPK-SGB V, Online-Ausgabe, Stand: 01.08.2007, § 85, Rn. 164). Zum anderen haben sie aufgrund des Zwecks, der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung zu tragen als auch den ökonomischen Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge zu verringern, auch den Charakter von Honorarbegrenzungsmaßnahmen (vgl. Engelhard, ebd.). Nach Auffassung der Kammer steht aber angesichts der gesetzgeberischen Vorgaben der Gesetzeszweck der Kalkulationssicherheit im Vordergrund, insbesondere auch im Hinblick auf eine begrenzte Gesamtvergütung bei insgesamt steigenden Leistungsanforderungen.

Ausgehend von den Vorgaben im HVV hat die Beklagte das Regelleistungsvolumen und insbesondere die arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen zutreffend berechnet. Nach Ziffer 6.2 HVV gehört der Kläger der Honorar(unter)gruppe der Fachärzte für Chirurgie, B 2.3 an und ist die Praxis der Fachgruppe/Arztgruppe VfG 17-00 zugeordnet. Auf der Grundlage der Anlage zu Ziffer 6.3 HVV "Arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumen" ergeben sich die von der Beklagten im angefochtenen Ausgangsbescheid genannten Fallpunktzahlen.

Diese Regelungen werden von der Klägerin letztlich nicht angegriffen. Sie macht vielmehr geltend, es liege ein Ausnahmefall vor und der Vorstand der KV Hessen habe von seiner Ermächtigung, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogenen Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 vorzunehmen, zu Unrecht keinen Gebrauch gemacht.

Nach dieser Ermächtigung ist der Vorstand verpflichtet, bei Vorliegen von Sicherstellungsgründen sein Ermessen im Hinblick auf eine Sonderregelung auszuüben. Dies hat die Beklagte nicht verkannt. Nach Auffassung der Kammer liegt kein Ausnahmefall vor und musste die Beklagte daher von ihrem Ermessen keinen Gebrauch machen.

Wann ein solcher Ausnahmefall aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung vorliegt, wird weder im HVV noch im Beschluss des Bewertungsausschusses noch in den gesetzlichen Regelungen bestimmt und ist daher durch Auslegung zu konkretisieren.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sieht, darf der Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung, was nach Auffassung der Kammer auch unter Geltung eines Honorarverteilungsvertrags gilt, außer zu konkretisierenden Bestimmungen, die nicht im voraus für mehrere Quartale gleichbleibend festgelegt werden können, auch dazu ermächtigt werden, Ausnahmen für sog. atypische Fälle vorzusehen. Es ist eine typische Aufgabe des Vorstandes, zu beurteilen, ob sog. atypische Fälle die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen erfüllen. Dabei beschränkt sich die Kompetenz des Vorstandes nicht auf die Statuierung von Ausnahmen für "echte Härten", vielmehr müssen sie generell für atypische Versorgungssituationen möglich sein (vgl. BSG, Urte. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) = [MedR 2000, 153](#), juris Rn. 36; BSG, Urte. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#), juris Rn. 23). So hat das BSG eine vom Vorstand getroffene Sonderregelung für spezialisierte Internisten nicht beanstandet. Die Entscheidung, dass bei den Internisten, die eine Teilgebietsbezeichnung führten und deren spezielle Leistungen (einschließlich Folgeleistungen) 30 % der Gesamthonoraranforderung ausmachten, diese Leistungen herausgerechnet werden und dass diejenigen, deren spezialisierte Leistungen sogar 50 % der Gesamthonoraranforderung ausmachten, gänzlich von der Teilquotierung freigestellt werden, enthalte Schematisierungen, die nicht als sachwidrig beanstandet werden könnten. Derartige mit scharfen Grenzziehungen einhergehende Härten seien - wie z.B. auch für Stichtagsregelungen anerkannt - hinzunehmen, solange sie nicht im Hinblick auf den gegebenen Sachverhalt und das System der Gesamtregelung willkürlich seien (vgl. BSG, Urte. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - aaO., Rn. 36). Eine Generalklausel könne z.B. zur Anwendung kommen, wenn sich überraschend Änderungen der Versorgungsstruktur in einer bestimmten Region ergeben, weil etwa einer von wenigen Vertragszahnärzten in einer Stadt unvorhergesehen aus der vertragszahnärztlichen Versorgung ausgeschieden sei. Die von diesem Zahnarzt bisher behandelten Patienten müssten dann kurzfristig auf andere Zahnarztpraxen ausweichen, was zwangsläufig zu einer von diesen Praxen nur eingeschränkt steuerbaren Erhöhung der Zahl der dort behandelten Patienten führen werde. Vergleichbares gelte für die Änderung 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 erreiche (vgl. BSG, Urte.

v. 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - aaO. Rn. 23). Darauf reagierende Differenzierungen hinsichtlich der Festlegung der individuellen Bemessungsgrundlage seien nicht nur dann geboten, wenn ihr Unterlassen zur Existenzgefährdung zahnärztlicher Praxen führen würde. Ein Rechtsgrundsatz des Inhalts, dass sich auf eine Verletzung des Gebotes der Honorarverteilungsgerechtigkeit nur solche Vertrags(zahn)ärzte berufen können, bei denen die Anwendung der jeweils angegriffenen Honorarverteilungsregelung zu existenzbedrohenden Konsequenzen führen könnte, ist dem Vertrags(zahn)arztrecht fremd (vgl. BSG, Urt. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - aaO. Rn. 25).

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 hat 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. Dies erfordere vom Leistungsvolumen her, dass bei dem Arzt das durchschnittliche Punktzahlvolumen je Patient in dem vom Budget erfassten Bereich die Budgetgrenze übersteige und zudem, dass bei ihm im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit vorliegt, die zwar allein noch nicht ausreicht, aber immerhin ein Indiz für eine entsprechende Spezialisierung darstelle (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 22.03.2006 - [B 6 KA 80/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 12](#) = [GesR 2006, 363](#), juris Rn. 15 m.w.N.). Zu Erweiterungen der Zusatzbudgets nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr. 4.3 EBM 1996 hat das BSG ebf. entschieden, dies setze voraus, dass im Leistungsangebot der betroffenen Praxis eine Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Ausrichtung zum Ausdruck komme, die messbaren Einfluss auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden abgerechneten Punkte auf die Gesamtpunktzahl der Praxis habe (vgl. BSG, Urt. v. 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 1](#), juris Rn. 23; BSG, Urt. v. 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 31](#), juris Rn. 26 f.).

Die Beurteilung, ob ein Ausnahmefall vorliegt, unterliegt der uneingeschränkten gerichtlichen Nachprüfung. Der Beklagten steht insoweit kein - der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher - Beurteilungsspielraum zu. Es gelten dieselben Erwägungen wie zu den Ausnahmen von der Teilbudgetierung nach Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 (vgl. dazu BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 26](#)) und der Erweiterung der Praxis- und Zusatzbudgets (vgl. dazu BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 31](#)).

Ausgehend hiervon hält die Kammer zunächst die Ermächtigung des Vorstands der Beklagten für rechtmäßig. Die Kammer vermag aber keinen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Höhe des Honorars und Umfang des Regelleistungsvolumens zu erkennen. Die Fallpunktzahlen werden, KV-bezogen und nach Altersgruppen, anhand des artgruppenspezifischen Leistungsbedarfs in Punkten in den Quartalen II/03 bis I/04 und der Fallzahl berechnet. Der so ermittelte Fallwert für die in die Regelleistungsvolumina einbezogenen Leistungen wird mit dem Faktor 0,8 malgenommen, d. h. um 20 % vermindert (vgl. Anlage 2 zum Teil III BRLV). Im Ergebnis bedeutet dies, dass jeder Vertragsarzt nicht eigene Durchschnittswerte, sondern die seiner Honorargruppe zuerkannt bekommt. Damit gehen die Honorarregelungen von einem gleichförmigen Leistungsgeschehen aus, was im Grundsatz, da auf die Fachgruppen abgestellt wird, nicht zu beanstanden ist. Eine Ungleichbehandlung und damit ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit kann jedoch dann vorliegen, wenn die Praxis ein zur Fachgruppe atypischen Versorgungsbedarf abdeckt. Dies ist aber unabhängig von der Honorarhöhe oder evtl. erfolgten Ausgleichszahlungen nach Ziff. 7.5 HVV. Maßstab ist allein, wie bereits ausgeführt, ob im Leistungsangebot der betroffenen Praxis eine Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Ausrichtung zum Ausdruck komme, die messbaren Einfluss auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden abgerechneten Punkte auf die Gesamtpunktzahl der Praxis hat. Die Kammer hält es auch für unzulässig, den Vertragsarzt von vornherein darauf zu verweisen, er könne auf seine Spezialisierung verzichten. In der Konsequenz kann dies bedeuten, dass Spezialisierungen mit besonderen Praxisschwerpunkten nicht mehr gebildet werden können mit der weiteren Konsequenz, dass diese Leistungen nicht oder in nur ungenügendem Umfang erbracht werden. Auch unter einer sog. gedeckelten Gesamtvergütung hat das Honorar grundsätzlich der Leistung nachzufolgen und sich das Leistungsgeschehen nicht, zumindest nicht vordringlich an den Honoraranreizen zu orientieren.

Soweit die Honorarausstattung der einzelnen Honorar(unter)gruppen auf Basis der tatsächlich in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2004 erfolgten Honorarzahlen erfolgt, sodass in der Ermittlung der maßgeblichen RLV-Fallpunktzahlen das von der Arzt-/Fachgruppe der Fachärzte für Frauenheilkunde abgerechnete Honorarvolumen für die hier streitigen Leistungen einbezogen ist, kann im Rahmen des Grundsatzes der Gleichbehandlung nur maßgebend sein, ob hier eine vergleichbare Streuung in der Fachgruppe vorhanden ist oder die Einzelpraxis signifikant hiervon abweicht.

Der Beklagten mag zwar zuzugestehen sein, dass im Ergebnis die Anwendung der Ziff. 7.5 HVV, deren Inhalt und Rechtmäßigkeit nicht Gegenstand dieses Verfahrens war, die Bedeutung des Umfangs des Regelleistungsvolumens verringern, da Ziff. 7.5 HVV wesentlich an den individuellen Fallwerten des Vorjahresquartals anknüpft und auf dieser Grundlage Honorarveränderungen im Bereich von mehr als 5 % nach oben oder unten weitgehend nivelliert. Die Ausnahmeregelung im HVV sieht aber eine solche Verknüpfung zur Regelung nach Ziff. 7.5 HVV nicht vor, sondern ist vielmehr gerade Ausdruck des Gleichbehandlungsgebots, nach dem Ungleiches nicht gleich behandelt werden darf. Im Übrigen verliert die Honorarverteilung an Transparenz und Akzeptanz, wenn Unterschiede im Leistungsgeschehen nicht mehr adäquat erfasst werden.

Entgegen der Auffassung der Beklagten kommt es bei Feststellung der Sicherstellungsgründe nicht allein auf die Versorgung im Umkreis einer Praxis an. Dabei kann hier dahinstehen, ob solche Versorgungsgesichtspunkte generell anhand eines Umkreises von 50 km zu prüfen sind, wies es offensichtlich der Verwaltungspraxis der Beklagten entspricht und was jedenfalls im Rahmen bedarfsplanerischer Überlegungen in Zulassungssachen in dieser Allgemeinheit unzulässig ist (vgl. BSG, Urt. v. 19.07.2006 [B 6 KA 14/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 116 Nr. 3](#) = [GesR 2007, 71](#) = [MedR 2007, 127](#), juris Rn. 19; SG Frankfurt a. M., Urt. v. 27.04.2005 - S 5/29 KA 966/04 - rechtskräftig; Pawlita in: jurisPK-SGB V, Online-Ausgabe, Stand: 01.08.2008, § 96, Rn. 68 ff.). Maßgebend für die hier strittige Ausnahmeregelung ist der Versorgungsschwerpunkt der Praxis. Mit der Erbringung der Leistungen wird zunächst der Bedarf dokumentiert, soweit eine Fehlrechnung oder Unwirtschaftlichkeit ausgeschlossen werden kann. Der mit einer Spezialisierung einhergehende vermehrte Zulauf von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern kann gerade auch Ausdruck der Qualität und des Rufs der Praxis sein.

Allerdings ist andererseits zu berücksichtigen, dass nicht jede im Vergleich zur Fachgruppe vermehrte Erbringung von Einzelleistungen oder Leistungsgruppen oder Spezialisierung einen Ausnahmefall begründen kann, da dann die Regelleistungsvolumina ihren Zweck der Kalkulationssicherheit nicht mehr erreichen könnten. [§ 85 Abs. 4](#) und 4a SGB V gibt keine Vorgabe für differenzierte Ausnahmen und gibt

insoweit die Tendenz der Nivellierung des Leistungsgeschehens vor. Von daher ist es auch nicht zu beanstanden, dass weder der Bewertungsausschuss noch der HVV ein den die früheren Praxisbudgets ergänzenden Zusatzbudgets vergleichbares Instrumentarium vorsehen. Auch wird im Regelfall ein Ausnahmetatbestand nicht vorliegen, wenn generell in allen oder vielen Leistungsbereichen ein gegenüber der Fachgruppe erhöhtes Leistungsvolumen abgerechnet wird, da insoweit die Regelleistungsvolumina auch der Leistungsbegrenzung dienen. Eine generelle Festlegung, wann ein Ausnahmefall vorliegt, kann aber, da es sich um eine Regelung für atypische Einzelfälle handelt, nicht getroffen werden.

Im vorliegenden Fall sieht die Kammer es jedoch nicht als erwiesen an, dass ein atypischer Sonderfall vorliegt. Die Kammer hat mit den Beteiligten den erhöhten Anteil sonographischer Leistungen in der mündlichen Verhandlung erörtert. Die Kammer hat darauf hingewiesen, dass nach ihren Berechnungen im Quartal II/05 allein für die sonographischen Leistungen nach Ziffern 33061 bis 33076 EBM 2005 1.856.690 Punkte angefordert werden. Für das Regelleistungsvolumen werden 3.040.200 Punkte angefordert. Insgesamt werden 4.303.692,2 Punkte angefordert. Die sonographischen Leistungen entsprechen damit einem Anteil von 61% bezogen auf die Anforderungen für das Regelleistungsvolumen und von 43,14% bezogen auf die Gesamtpunktzahlanforderung. Für das Quartal III/05 werden 1.291.115 Punkte an sonographischen Leistungen angefordert, für das Regelleistungsvolumen 2.186.195 Punkte bei insgesamt 3.319.344,5 Punkten, die Anforderungen für die Sonographien betragen entsprechend 59% bzw. 38,9%. Während die klägerische Praxis die sonographischen Leistungen nach Ziffer 33061 EBM 2005 66 mal, die Ziffer 33072 EBM 2005 75 mal und die Ziffer 33075 EBM 2005 90 mal auf 100 Behandlungsfälle im Quartal III/05 erbringt, rechnet die Fachgruppe diese Leistungen 2 mal, 4 mal und 4 mal bzw. die Praxen der Fachgruppe, die diese Leistung überhaupt erbringen (17 bis 22 Praxen von 129 Praxen mit 279 Vertragsärzten) 25 mal, 23 mal und 29 mal auf 100 Behandlungsfälle im Quartal III/05 ab. Die insoweit fachkundig mit zwei Vertretern der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten besetzte Kammer ist dennoch der Auffassung, dass bei der Begrenzung auf ein enges diagnostisches Leistungsspektrum, das im Wesentlichen von anderen Fachgruppen, hier der Internisten erbracht wird, eine Ausnahmeregelung nicht erforderlich ist, da es hierdurch auch zu einer Verschiebung zwischen den Honorar(unter)gruppen kommt.

Der Zubilligung eines Regelleistungsvolumens in Höhe des Regelleistungsvolumens für fachärztlich-invasiv tätige Internisten mit Schwerpunkt Angiologie steht ferner entgegen, dass die fachärztlich-invasiv tätigen Internisten auf ein anderes Leistungsspektrum nach Nr. 3, 5 6 und 7 Kapitel 13.1 EBM 2005 beschränkt sind, das im Wesentlichen mit den Leistungen nach Abschnitt 13.3.1 EBM 2005 für die Klägerin nicht gilt. Auch von daher war die Klage mit dem Hauptantrag abzuweisen.

Insgesamt geht die Kammer aber davon aus, dass ein atypischer Schwerpunkt nicht vorliegt, so dass auch der Hilfsantrag, die Beklagte zu verurteilen, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihren Antrag neu zu bescheiden, abzuweisen war.

Nicht zu berücksichtigen war, dass die Beklagte Leistungen einer besonderen Inanspruchnahme nach Ziffern 01100 bis 01110 EBM 2005 und dringende Hausbesuche nach Ziffern 01411 und 01412 EBM 2005 entgegen den Vorgaben im BRLV in die Regelleistungsvolumen einbezieht, was die Kammer für rechtswidrig hält (vgl. SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – [S 12 KA 49/07](#) -). Die Berechnung der Fallpunktzahlen kann dadurch nicht zum Nachteil des Klägers erfolgen. Bei Beachtung der Vorgaben im BRLV wird dadurch das Regelleistungsvolumen des Klägers nicht erhöht. Die konkrete Berechnung des Regelleistungsvolumens ist aber nicht Gegenstand dieses Verfahrens.

Im Ergebnis war die Klage daher insgesamt 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

2016-03-10