

S 12 KA 84/08

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 84/08

Datum

08.10.2008

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 99/08

Datum

04.11.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die abgestaffelte Vergütung bei Überschreiten der Fallzahl von über 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal ist nicht zu beanstanden. Der Vortrag, die Versorgung der Patienten in ländlichen, strukturschwachen Regionen müsse sichergestellt werden, kann einen atypischen Sonderfall nicht begründen.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Erhöhung (Sonderregelung) einer Fallzahlobergrenze und des Regelleistungsvolumens in den vier Quartalen III/05 bis II/06.

Der Kläger ist als Facharzt für Augenheilkunde mit Praxissitz in A-Stadt seit 25.04.1990 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. In den streitbefangenen Quartalen setzte die Beklagte das Honorar des Klägers wie folgt fest:

Es folgt eine Tabelle, die aus technischen Gründen nicht dargestellt werden kann.

III/05 IV/05 I/06 II/06 Honorarbescheid vom 12.08.2006 27.11.2006 19.01.2007 04.02.2007 Bruttohonorar PK + EK in EUR 66.162,99
72.551,23 64.778,76 77.343,10 Fallzahl PK + EK 3.241 3.170 3.273 3.159

Fallzahlabhängige Quotierung Ziff. 5.2.1 HVV Fallzahlgrenze 3.223 3.242 3.213 3.189 Aktuelle Fallzahl 3.236 3.095 3.214 3.072
Anerkennungsfähiges Honorar in Punkten - - 2.438.214,1 - Quote in % - - 99,98 -

Regelleistungsvolumen Ziff. 6.3 HVV Fallwert 628,2 631,4 629,7 629,0 Fallzahl 3.236 3.166 3.269 3.151 Vorläufiges Praxisbezogenes RLV in
Punkten 2.032.797,0 1.998.731,0 2.058.271,0 1.981.926,0 Praxisbezogenes RLV in Punkten 1.574.269,2 1.671.158,0 1.667.130,8
1.706.634,3 Abgerechnetes Honorarvolumen in Punkten 2.766.615,0 2.435.405,0 2.500.460,0 2.320.095,0 Überschreitung in Punkten
1.192.345,8 764.247,0 833.329,2 613.460,7

Ausgleichsregelung Ziff. 7.5 HVV Referenz-Fallzahl 3.202 3.219 3.185 3.169 Referenz-Fallwert EUR 22,1972 23,9386 22,1405 20,5403
Aktueller Fallwert EUR 16,5611 18,9406 15,1151 21,9440 Auffüllbetrag je Fall EUR 2,8397 2,1499 3,2502 - Auffüllbetrag gesamt in EUR
9.092,67 6.815,30 10.352,01 -

Grenze, bis zu der aufgefüllt wurde in EUR- 19,4008 21,0905 18,3653 Grenze, bis zu der aufgefüllt wurde in %- 87,4 88,1 82,9 Anteil des
Auffüllbetrages am Bruttohonorar in %- 13,7 9,4 16,0 - Berechnungen der Kammer

Der Kläger beantragte am 26.09.2006 eine Fallzahlerhöhung aus Sicherstellungsgründen. Er trug vor, durch die Patientenversorgung im ländlichen Versorgungsbereich werde in seiner Praxis seit vielen Jahren eine überdurchschnittliche Zahl von Patienten versorgt. Die Einschränkungen der Fallzahlbegrenzung nach Ziffer 6.3 des HVV sei dahin gehend zu ändern, dass die bisher erforderliche Versorgung der Patienten in seiner Praxis auch weiter gewährleistet werde. Das Zentrum für soziale Psychiatrie in A-Stadt-B-Stadt habe in den vergangenen Jahren viele Patienten in die ambulante kassenärztliche Versorgung überführt. Das Zentrum sei von 600 Betten auf 265 Betten verkleinert

worden. Er versorge in verschiedenen Einrichtungen Patienten mit Erkrankungen auf Grund chromosomaler Anomalien mit einem hohen Anteil von ophthalmologischen Mehrfacherkrankungen. Nach Augenoperationen müssten Behinderte intensiver behandelt werden. Geistig und behinderte Diabetiker seien schwerer zu führen. Der Aufwand für Behinderte sei höher als für den Bevölkerungsdurchschnitt.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 05.02.2007 den Antrag auf Sonderregelung im Rahmen der Fallzahlbegrenzung und des Regelleistungsvolumens für die streitbefangenen Quartale ab. Zur Begründung führte sie aus, für das Quartal II/05 habe sie ein Antragsverfahren nicht eröffnen können, da zum Antragszeitpunkt der Honorarbescheid dem Kläger bereits vorgelegen habe. Im Ergebnis seien in den Quartalen III/05 bis I/06 die gesamten relevanten Fallzahlen mit einer Quote von 100% in die weitere Berechnung der Gesamthonoraranforderung eingegangen. Im Quartal I/06 habe sich auf Grund der Rundung nach kaufmännischen Grundsätzen ebenfalls eine Quote von 100% ergeben. Die Fallzahl habe sich im Vergleich zu den maßgeblichen Ausgangsdaten nicht wesentlich verändert. Gemäß Ziffer 6.3 HVV erfolge die Bewertung der Honorarforderungen einer Praxis, die der Honorargruppen A2/B2 bzw. einer entsprechenden Honorar(unter)gruppe zugeordnet seien, zudem auf Basis eines Regelleistungsvolumens, soweit für die in der Praxis vertretenen Arztgruppen gemäß Ziffer 6.3 arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen benannt seien. Diese bestimmten sich aus der Zugehörigkeit der Ärzte einer Praxis zu einer Fachgruppe unter Beachtung der angeführten Altersklasse. Das im aktuellen Abrechnungsquartal gültige praxisindividuelle (fallzahlabhängige) Regelleistungsvolumen einer Praxis bestimme sich dann aus der Multiplikation der im aktuellen Quartal ermittelten arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der relevanten Fallzahlen in die verschiedenen Altersklassen. Das festgestellte Regelleistungsvolumen einer Praxis sei für jeden über 51% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal hinausgehenden Fall um 25% zu mindern. Für die Bildung des Regelleistungsvolumens einer Praxis im Abrechnungsquartal gelte im Übrigen eine Fallzahlobergrenze in Höhe von 200% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal. Überschreite eine Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal diese Fallzahlobergrenze, trete dies anstelle der praxisindividuellen Fallzahl bei der Ermittlung des praxispezifischen Regelleistungsvolumens. Für die Fachgruppe der Fachärzte für Augenheilkunde sehe der Honorarverteilungsvertrag folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen für das Regelleistungsvolumen vor:

Es folgt eine Tabelle, die aus technischen Gründen nicht dargestellt werden kann.

Primärkassen Ersatzkassen Altergruppe 0 - 5 6 - 59 -)60 0 - 5 6 - 59 -)60 Fallpunktzahlen 604 420 776 528 477 801

Soweit das Regelleistungsvolumen überschritten werde, erfolge eine Bewertung zu einem unteren Punktwert. Die Vorgaben zur Abstufung der Fallpunktzahl in Abhängigkeit von der Fallzahl seien durch Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) in seiner Sitzung am 29.10.2004 erfolgt. Der Honorarverteilungsvertrag sei von diesen Vorgaben nicht abgewichen. Für die Beurteilung des Aspekts der Sicherstellung im Rahmen einer Ausnahmeregelung sei maßgeblich, ob im Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden, die die streitgegenständlichen Leistungen abrechneten. Im Planungsbereich LJ., zu dem die Praxis zuzurechnen sei, sowie auch im angrenzenden Planungsbereich Stadt-LJ. stehe eine Überversorgung an Augenärzten, so dass die Sicherstellung der augenärztlichen Leistungen als gewährleistet anzusehen sei. Neben dem Kläger seien zurzeit im Landkreis LJ. noch 13 weitere Augenärzte niedergelassen, davon hätten neben dem Kläger noch 6 Augenärzte die Genehmigung zur Erbringung von ambulanten Operationen. Deshalb könne aus Gründen der Sicherstellung keine Sonderregelung gewährt werden. Im Übrigen sei es in den Quartalen III/05 bis I/06 nach der Ausgleichsregelung zu Auffüllungsbeträgen gekommen.

Hiergegen legte der Kläger am 22.02.2007 Widerspruch ein. Er wies darauf hin, die starren Planungsgrößen bildeten einen systematischen Nachteil für die strukturschwachen nordhessischen Landregionen mit vielen Kassenpatienten. Die Fallzahlen für die Quartale der vergangenen Jahre bildeten den Maßstab zur Sicherstellung der augenärztlichen Versorgung in seiner Region. Die Bildung von Gemeinschaftspraxen sei in seiner Region nicht möglich. Er versorge seit vielen Jahren 3.200 bis 3.300 Kassenpatienten pro Quartal. Neben der ambulanten Versorgung vieler vormals stationär aufgenommenen Psychiatriepatienten versorge er Patienten aus diabetologischen Schwerpunktpraxen in der Nähe. Diesen Patienten sei eine Fahrt im Umkreis von 50 km nicht möglich. Der EBM 2005 mit den dazugehörigen Beschlüssen des Bewertungsausschusses sowie der Honorarverteilungsvertrag der Beklagten verstoße gegen höherrangiges Recht und sei rechtswidrig und damit nichtig. Davon abgesehen sei ihm im Härtefallwege ein höheres Honorar zuzuerkennen. Das Gesetz sehe feste Punktwerte innerhalb des Regelleistungsvolumens vor, dem gegenüber schwankten die Auszahlungspunktwerte quartalsweise. Der Bewertungsausschuss hätte seine Beschlüsse bis zum 29.02.2004 zu treffen gehabt. Die Beschlüsse stammten demgegenüber vom 13.05. bzw. 29.10.2004 und seien damit zu spät erlassen worden. Regelungen zur Errechnung von Fallpauschalen für Kooperationsformen hätten bis zum 30.06.2004 getroffen werden müssen, seien aber erst mit dem EBM 2005 zum 01.04.2005 und damit zu spät umgesetzt worden. Die Leistungspositionen des alten EBM seien im Leistungspositionen des neuen EBM "transcodiert" worden. Diese Transcodierung sei eine "Geheimwissenschaft", die den betroffenen Ärzten eine Überprüfung unmöglich mache. Die Transcodierung genüge in keiner Weise dem Rechtsstaatsgebot, das in [Artikel 20 GG](#) u. a. die Bestimmtheit von Gesetzen normiere. Außerdem sei die Transcodierungstabelle mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) von einer sachlich unzuständigen Stelle erstellt und verbreitet worden. Die KBV könne nicht einseitig Bewertungsmaßstäbe festlegen. Faktisch sei dies aber geschehen, da die "Hauptarbeit", nämlich die Transcodierung des alten im neuen EBM einseitig durch sie vorgenommen worden sei. Grundlegend sei zunächst ein Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13.05.2004 gewesen, der aber später mit Beschluss vom 29.10.2004 aufgehoben worden sei. Dieser Beschluss genüge nicht den gesetzlichen Vorgaben. Der Bewertungsausschuss habe weder den Inhalt der arztgruppenbezogenen Grenzwerte, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten seien (Regelleistungsvolumina), noch den Inhalt der Abstufungsregelungen nach Überschreiten des Regelleistungsvolumens geregelt. Der Bewertungsausschuss überlassen seine ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben den Vertragspartnern der Honorarverteilungsverträge. So schreibe er die Bildung von Arztgruppentöpfen vor, gestatte aber dann den Vertragspartnern, einen Honorarverteilungsvertrag auch ohne Bildung von Fachgruppentöpfen zu beschließen. Auch inhaltlich seien die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu beanstanden. Die KV-bezogene Arztgruppen bezogene Fallpunktzahl einer Arztpraxis werde entgegen den Beschluss vom 13.05.2004 nicht mehr nach dem kalkulatorischen Leistungsbedarf der Arztgruppe und dem kalkulatorischen Leistungsbedarf aller Arztgruppen berechnet, sondern nur noch nach den in der Anlage 2 zum Teil III des Beschlusses genannten Kriterien. Es könne nicht auf einen Punktwert von 5,11 Cent der Leistungsbedarf kalkuliert werden, ohne dass dieser Punktwert auch ausgezahlt werde. Es erfolge eine "Sozialisierung" der ärztlichen Leistungen insoweit, als die Punktwerte in einen Korridor von 20% gepresst würden und für alle Arztgruppen gleichermaßen ein kalkulatorischer Arztlohn von 95.000,00 Euro pro Jahr festgesetzt werde. Die ärztliche unternehmerische Leistung lohne sich also nicht mehr. Der Honorarverteilungsvertrag sei, was vorsorglich gerügt werde, rückwirkend in Kraft gesetzt worden, die Veröffentlichung genüge nicht den rechtsstaatlichen Maßstäben. Die Regelung zur

Fallzahlzuwachsbeschränkung sei in sich widersprüchlich und unverständlich. Die Vermischung von Honorarvolumen und Fallzahlen setzten sich bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens fort. Abs. 7 der Ziffer 6.3 sei widersprüchlich, zumindest aber so unklar, dass sich kein Arzt ein Bild von seiner zu erwartenden Vergütung machen könne. Dazu passe, dass der Vorstand ermächtigt sei, praxisbezogene Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen vorzunehmen. Wie das geschehen soll, sei nicht nachvollziehbar. Der HVV verstoße auch gegen verschiedene Einzelpunkte der Vorgaben des EBM bzw. der Beschlüsse des Bewertungsausschusses. Für den Bereich der Augenärzte hätten die Leistungsziffern 31321 bis 313251 EBM 2005 aus dem Regelleistungsvolumen herausgenommen werden müssen. Auch schriftliche Mitteilungen und Gutachten gemäß Nr. 08600 bis 01623 EBM 2005 unterlägen nicht dem Regelleistungsvolumen. Nicht nachvollziehbar sei auch, warum die hausärztliche und kinderärztlichen Strukturleistungen nach den Nr. 03000 und 04000 EBM 2005 auch im fachärztlichen Versorgungsbereich, nämlich nach Honorargruppe B1 vergütet würden (vgl. Ziffer 6.1 HVV). Die Zuordnung von fachärztlichen tätigen Kinderärzten zu der Honorargruppe A 2.1 verstoße ebenfalls gegen die Vorgabe des Bewertungsausschusses. Es gebe auch bisher keine Nachfolgevereinbarung, so dass spätestens seit 01.07.2006 ein vertragsloser Zustand bestehe. Die Stützungsmaßnahmen der Ziffer 7.5 HVV hätten zumindest in den Anfangsquartalen ab II/05 zu gravierenden Honorarrückgängen bei einzelnen Arztgruppen geführt. So habe diese Honoraruntergruppe im Vergleich der Quartale III/05 zu II/04 Honorarverluste von 39,5% hinzunehmen gehabt. Dies rühre zu einem Großteil aus Stützungsmaßnahmen für Laborleistungen her, einem Bereich, der mit der augenärztlichen Behandlung praktisch nichts zu tun habe. Eine Kombination verschiedener Honorarbeschränkungsmaßnahmen greife unverhältnismäßig in die Berufsausübungsfreiheit der betroffenen Ärzte ein. Der Honorarverteilungsvertrag enthalte verschiedene Härtefall- und Ausnahmeregelungen, so nach Ziffer 2.9.2, 5.2.1 f (Fallzahlzuwachs), 6.3 (Regelleistungsvolumen), 7.2.5 (Vermeidung von Honorarverwerfungen). Es sei ferner eine "Global-Härterege lung" in Wege ergänzender Auslegung in den HVV hinein zu interpretieren. Er habe zum Teil erhebliche Honorarverluste hinnehmen müssen. Die operativen Leistungen aus dem Kapitel 31.2.13 EBM 2005 (laserchirurgischen Leistungen der Abrechnungsnummern 31341 und 31342) würden entgegen den Bewertungsausschuss nicht außerhalb sondern innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden. Es betreffe im Schnitt der Quartale II/05 bis II/06 immerhin fast 200.000 Punkte pro Quartal. Diese seien außerhalb des Regelleistungsvolumens nach zu vergüten. Auch die Ziffern 1600 ff. hätten außerbudgetär vergütet werden müssen. Dies betreffe fast 190.000 Punkte pro Quartal. Er bitte ferner um Erläuterung einiger Fragen zum Honorarbescheid, die er sich nicht erklären könne.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30.01.2008 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Darin führte sie aus, der EBM 2005 und die Vorgaben des Bewertungsausschusses seien rechtmäßig. Der Kläger habe nicht konkret vorgetragen, gegen welche Transcodierung sich seine Bedenken richteten. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 sei korrekt umgesetzt worden. Der Bewertungsausschuss selbst habe zudem beschlossen, dass der ursprüngliche Beschluss vom 13.05.2004, der die Zugrundelegung eines Punktwertes von 5,11 Cent vorgesehen habe, nicht zum Ansatz komme. Im Hinblick auf die begrenzte Gesamtvergütung habe auch kein Punktwert von 5,11 Cent ausbezahlt werden können. Es habe eine Quotierung erfolgen müssen, die zu folgenden Punktwerten geführt habe:

Es folgt eine Tabelle, die aus technischen Gründen nicht dargestellt werden kann.

Quartal	Punktwert für Primärkassen in Cent	Punktwert für den Bereich Ersatzkassen in Cent	Oberer Punktwert	Unterer Punktwert
III/05	3,186	0,493	3,350	0,497
IV/05	3,513	0,493	3,677	0,497
I/06	2,773	0,494	3,092	0,498
II/06	3,819	0,490	3,883	2,821

Eine Sonderregelung zur Fallzahlbeschränkung scheidet mangels Beschwerde in den streitgegenständlichen Quartalen aus. Die Planungsgrößen für die Bedarfsplanung seien insofern auch nicht starr, als die Bedarfsplanung-Richtlinie-Ärzte regionale Differenzierungen vorsehe. Die Umsetzung der Fallzahlzuwachsbeschränkungsregel ergebe sich aus den Honorarunterlagen. Die Umsetzung des Regelleistungsvolumens sei nicht zu beanstanden. Eine erneute Überprüfung der Versorgungsfrage habe bestätigt, dass im Landkreis Lj. 13 weitere Augenärzte niedergelassen seien und die augenärztliche Versorgung sicherstellen. Darüber hinaus habe eine Analyse des Leistungsspektrums des Klägers ergeben, dass er die meisten Leistungen im Vergleich zu seiner Fachgruppe in der Häufigkeit unterdurchschnittlich erbringe. Eine Praxisbesonderheit liege nicht vor. Soweit er auf "faule Kollegen" verweise, folge hieraus kein Anspruch auf ein Wachsen der eigenen Praxis. Der Umfang der Regelleistungsvolumina sei aus dem Honorarverteilungsvertrag und den Honorarunterlagen ersichtlich. Die Bildung von Honoraruntergruppen entspreche den Vorgaben des Bewertungsausschusses. Die Abstufung der Fallpunktzahlen in Abhängigkeit von der Fallzahl der Arztpraxis sei durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 93. Sitzung vom 29.10.2004 eindeutig festgelegt worden. Diese Bestimmungen seien im Honorarvertrag umgesetzt worden. Leistungen des ambulanten Operierens würden gemäß Anlage 3 Ziffer 7.1 HVV extrabudgetär vergütet werden und nicht im Regelleistungsvolumen. Leistungen gemäß den Ziffern 01600 bis 01623 EBM 2005 seien dem Leistungsbereich 4.0 (Regelleistungsvolumen) zugeordnet worden, da für diese Leistungen keine gesonderte vertragliche Regelung mit den Verbänden der Krankenkassen erzielt werden können. Ein Verstoß gegen den Grundsatz der angemessenen Vergütung liege nicht vor. Das Gleichbehandlungsgebot werde nicht verletzt, da sich die Honorarverteilungsregelungen im Rahmen der gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütung bei der Ermittlung des Arzthonorars an die im EBM festgelegten Relationen halte. Es bestehe auch keine unzulässige Durchbrechung der Trennung von haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich. Die Aufteilung der Gesamtvergütungsanteile auf die einzelnen Honorar(unter)gruppen erfolge auf der Basis der in dem jeweiligen Quartal des Jahres 2004 erfolgten Honorarzah lungen (Prozentanteil bezogen auf die Gesamtvergütungszahlungen der Krankenkassen), wobei zusätzlich bezogen auf die allgemeinen Leistungen in der Honorargruppe 2 die Vorgaben des Trennungsfaktors für die Trennung der Gesamtvergütung in Anteile für die hausärztliche bzw. fachärztliche Versorgungsebene Grundlage der Aufteilung gewesen sei. Auch die Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV beruhe auf den durch den Beschluss des Bewertungsausschusses gemachten Vorgaben. Nach Ziffer 7.1 HVV gingen die für eine Stützung bei Fallwertminderungen notwendigen hohen Honoraranteile zu Lasten der jeweiligen Honorar(unter)gruppen, der die Praxis im aktuellen Quartal zugeordnet sei. Diese seien ggf. durch eine weitergehende Quotierung der Bewertungen bzw. Punktwerte zu generieren. Die vom Kläger angeführte Rechtsprechung zu einer Global-Härtefallregelung gelte nicht für die streitbefangenen Quartale. Darüber hinaus beinhalte der HVV eine Härtefallregelung. Gemäß Ziffer 7.1c HVV sei der Vorstand ermächtigt, im Einzelfall Sonderregelungen für zeitlich begrenzte, von den Bestimmungen des Honorarverteilungsvertrages abweichende Regelungen zu treffen. Dies könne nur zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung geschehen. Ein Sicherstellungsdefizit sei jedoch nicht festzustellen.

Hiergegen hat der Kläger am 05.03.2008 die Klage erhoben. Zur Begründung verweist er auf sein Vorbringen im Widerspruchsverfahren. Ergänzend trägt er vor, die Beklagte werde aufgefordert darzulegen, inwieweit die Sicherstellung der Versorgung der Patienten in ländlichen, strukturschwachen Regionen in seinem Fall tatsächlich berücksichtigt worden sei. Die Beklagte könne auch von den Vorgaben des Bewertungsausschusses insofern abweichen, als sie weitere Untergruppierungen der Fachgruppe Augenärzte bilde. Sie habe demnach

ermessensfehlerhaft gehandelt, da sie nicht erkannt habe, dass sie die Möglichkeit der weiteren Differenzierung der Arztgruppen gegeben sei. Weshalb die Beklagte zur Prüfung zur Sicherstellung auf einen Umkreis von 50 km abstelle, habe sie nicht begründet. Es fehle auch ein Nachweis, dass tatsächlich 13 Augenärzte tätig seien. Auch müssten die Ärzte tatsächlich "zur Verfügung stehen". Die Beklagte habe auch keine Gesamtbetrachtung der vertragsärztlichen Versorgung in ihrem Bereich vorgenommen. Auf die unterdurchschnittliche Häufung seiner Leistungen im Vergleich zur Fachgruppe komme es nicht an. Sein Problem seien die hohen strukturell bedingten Fallzahlen, nicht etwa Praxisbesonderheiten. Hinsichtlich der Planungssicherheit helfe es ihm nicht, wenn er sein Regelleistungsvolumen abschätzen, die entsprechenden - stark schwankenden - Punktwerte und damit die Höhe seines Honorars aber erst mehrere Monate später erfahre. Hinsichtlich des "Leistungsbereichs 4.0" finde sich im Beschluss des Beratungsausschusses und im HVV keine Regelung. Die Beklagte habe den mit den Verbänden der Krankenkassen vereinbarten Gesamtvertrag mit Geltung für die Jahre 2005 und 2006 vorzulegen. Das Bundessozialgericht habe in seiner Entscheidung vom 29.12.2004 - [B 6 KA 84/03 R](#) - eindeutig Stellung zu einer Global-Härtefallregelung bezogen.

Der Kläger beantragt,
unter Aufhebung des Bescheids vom 05.02.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.01.2008 die Beklagte zu verurteilen, ihn über seinen Antrag auf Zuerkennung eines höheren Regelleistungsvolumens für die Quartale III/05 bis II/06 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Begründung im angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, der Kläger trage nichts Neues vor. Mit seinen Ausführungen habe sie sich bereits im Widerspruchsbescheid ausführlich auseinandergesetzt. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der Bescheid vom 05.02.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.01.2008 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, den Kläger über seinen Antrag auf Zuerkennung eines höheren Regelleistungsvolumens für die Quartale III/05 bis II/06 unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die Klage war daher abzuweisen.

Der Bescheid vom 05.02.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.01.2008 ist rechtmäßig.

Nach Ziffer 6.3 der hier maßgeblichen Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen, dem BKK Landesverband Hessen, der IKK Hessen, dem Verband der Angestellten Krankenkassen e. V. (VdAK) - Landesvertretung Hessen, dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V. - Landesvertretung Hessen, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, der Krankenkasse für den Gartenbau und der Knappschaft zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005 vom 10.11.2005, veröffentlicht durch die Beklagte als Anlage 2 zum Landesrundsreiben/Bekanntmachung Landesstelle vom 10.11.2005, die in den Folgequartalen fortgeführt wurde (im Folgenden: HVV), sind praxisindividuelle Regelleistungsvolumina zu bilden, da der Kläger 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 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).

Die Kammer sieht in diesen Bestimmungen eine verbindliche Vorgabe des Bewertungsausschusses. Dies hat die Kammer bereits für die von der Beklagten vorgenommene und gegen die Vorgaben des Bewertungsausschusses verstoßende Einbeziehung von Dialyseleistungen in die Regelleistungsvolumina festgestellt (vgl. Urteil der Kammer vom 26.09.2007 - [S 12 KA 822/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris). Die hiergegen eingelegte Berufung hat das Landessozialgericht zurückgewiesen (LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 - [L 4 KA 69/07](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris, Revision anhängig - [B 6 KA 31/08](#) -). Es hat im Einzelnen dargelegt, dass ein Honorarverteilungsvertrag nach der gesetzlichen Fiktion des [§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#) aus einem Beschlussteil und dem zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Teil besteht, dass im Falle einer divergenten Regelung den bundeseinheitlichen Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses der Vorrang zu kommt und dass die Vertragspartner des Honorarverteilungsvertrags an die Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses in der Weise gebunden sind, dass sie rechtswirksam keine abweichende Regelung treffen konnten. Dem folgt die Kammer vollumfänglich.

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 Augenheilkunde genannt. Entsprechend hat der HVV auch die Honorar(unter)gruppe B 2.2 "Augenärzte (VfG 13)" gebildet und für "Fachärzte für Augenheilkunde" gemäß der Anlage zu Ziff. 6.3 HVV die im Widerspruchsbescheid genannten Fallpunktzahlen vorgegeben.

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: 26.02.2008, § 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.

Ein Ausnahmefall, der ein Abweichen vom festgesetzten Regelleistungsvolumen rechtfertigen würde, liegt nicht vor. Der Kläger hat auch keine entsprechenden Gründe vorgetragen.

Nach der Ermächtigung in Ziff. 6.3 HVV 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, Urt. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) = [MedR 2000, 153](#), juris Rn. 36; BSG, Urt. 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 Gesamterregelung willkürlich seien (vgl. BSG, Urt. 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, Urt. 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 ausreiche, 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 Honorarzahllungen erfolgt, sodass in der Ermittlung der maßgeblichen RLV-Fallpunktzahlen das von der Arzt-/Fachgruppe abgerechnete Honorarvolumen für die hier streitigen Leistungen einbezogen ist, kann im Rahmen des Grundsatzes der Gleichbehandlung nur maßgebend sein, ob hier eine normale Streuung in der Fachgruppe vorhanden ist oder die Einzelpraxis signifikant hiervon abweicht.

Der Beklagten mag zwar zugestehen 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. Maßgebend für die hier strittige Ausnahmeregelung ist der Versorgungsschwerpunkt der Praxis. Mit der Erbringung der Leistungen wird zunächst der Bedarf dokumentiert, soweit eine Fehlabbildung 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.

Der Kläger 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.

Der Vortrag, die Versorgung der Patienten in ländlichen, strukturschwachen Regionen müsse sichergestellt werden, kann nicht begründen, dass vermehrt Leistungen anfallen. Soweit der Kläger damit die Fallzahlabstaffelung angreift, die bei ihm zu einer Überschreitung des Regelleistungsvolumens von etwa 40 % führt, rechtfertigt dies keine Ausnahmeregelung. Die Beklagte hat insoweit im Einzelnen dargelegt dass im Umkreis der Praxis des Klägers unter Einbeziehung der ca. 20 km entfernten Stadt Lj. eine ausreichende Versorgung im Fachgebiet des Klägers sichergestellt ist. Die Kammer hält es für zulässig, dass übergroße Praxen entsprechend der Vorgaben des HVV nur noch abgestaffelt vergütet werden.

Die genannte Ausnahmeregelung trägt auch in der von der Kammer vorgenommenen Auslegung atypischen Fallkonstellationen hinreichend Rechnung. Im Fall des Klägers liegt im Übrigen kein atypischer Fall vor, so dass es dahingestellt bleiben kann, ob es im HVV einer weiteren Global-Härtefallregelung bedurft hätte.

Soweit der Kläger sich insbesondere im Widerspruchsverfahren zu einzelnen Honorarbestimmungen und zur Honorarhöhe geäußert hat, war dies von der Kammer nicht zu prüfen, auch wenn die Beklagte hierzu Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid gemacht hat. Verfahrensgegenstand war ausschließlich die Frage einer Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen. Die Honorarbescheide waren nicht Gegenstand dieses Verfahrens. Insofern ist bereits eine Klage des Klägers gegen die Honorarbescheide für die Quartale II/05 bis III/06 zum Az.: S 12 KA 314/08 anhängig.

Der Kläger 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.

Nicht zu berücksichtigen war, dass die Beklagte u. a. Leistungen einer besonderen Inanspruchnahme nach Ziffern 01100 bis 01110 EBM 2005 und dringende Hausbesuche nach Ziffern 01411 und 01412 EBM 2005 sowie schriftliche Mitteilungen, Gutachten nach Ziffern 01600 bis 01623 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 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