

S 12 KA 162/07

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 162/07

Datum

10.12.2008

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 12/09

Datum

20.10.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Allein aus dem Umstand, dass eine Gemeinschaftspraxis mit drei Fachärzten für Diagnostische Radiologie in einem ländlichen Planungsbereich tätig ist, wird nicht nachvollziehbar, weshalb aus diesem Grund eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen erforderlich wäre. Ein Grund liegt auch nicht allein in der vermehrten Abrechnung einzelner MRT-Leistungen.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Sonderregelung für das Regelleistungsvolumen ab dem Quartal II/05.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxisstz in A-Stadt. Sie besteht seit 01.09.2002. Ihr gehören 3 Fachärzte für diagnostische Radiologie an, die aufgrund einer Sonderbedarfszulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. Die Honorarfestsetzungen für die Quartale ab II/05 ergeben sich aus nachfolgender Übersicht:

Quartal II/05 III/05 IV/05 I/06

Honorarbescheid v. 28.06.2006 12.08.2006 27.11.2006 11.12.2006

Bruttohonorar PK + EK in EUR 313.687,32 283.221,85 334.124,46 296.185,40

Fallzahl PK + EK 3.323 3.261 3.696 4.057

Ziffer 5.2.1 HVV ausgesetzt ausgesetzt ausgesetzt 97,06 %

Regelleistungsvolumen 6.3 HVV

RLV 6.951.336,6 6.744.066,3 7.607.683,2 8.160.691

Anforderung 11.015.610,0 10.788.325,0 10.949.840,0 11.059.155,0 Überschreitung 4.064.273,4 4.044.258,7 3.342.156,8 2.898.085,5

Überschreitung in %- 58,5 60,0 43,9 35,5

Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV

Relevante Fallzahl 3.261 3.696 2.570

Fallwert Ausgangsquartal 108,2100 107,5681 115,5745 110,6947 Fallwert aktuelles Quartal 69,4107 72,1452 75,7765 52,2956

Auffüllbetrag je Fall in EUR 33,4095 17,2726 18,7212 31,2545 Auffüllbetrag gesamt in EUR 82.154,08 44.563,28 49.854,52 80.324,08

Fallwert nach Auffüllung in EUR- 102,8202 89,4178 94,4977 83,5501 Fallwert nach Auffüllung in % zum Fallwert Ausgangsquartal- 95,0 83,1 81,8 75,5

Berechnung der Kammer

Quartal II/06 III/06 IV/06 I/07

Honorarbescheid v. 05.02.2007 17.03.2007 11.04.2007 17.07.2007 Bruttohonorar PK + EK in EUR 261.190,05 282.219,40 275.548,75 260.686,99

Fallzahl PK + EK 3.268 3.515 4.419 3.700

Ziffer 5.2.1 HVV - - -

Regelleistungsvolumen 6.3 HVV

RLV 6.818.574,4 7.215.731,1 7.066.329,5 7.629.290,5

Anforderung 8.876.755,0 11.274.820,0 10.582.680,0 10.045.825,0 Überschreitung 2.058.180,6 4.059.088,9 3.516.350,5 2.416.534,5

Überschreitung in %- 30,2 56,3 49,8 31,7

Berechnung der Kammer

Quartal II/07 III/07

Honorarbescheid v. 17.10.2007 17.01.2008

Bruttohonorar PK + EK in EUR 155.736,93 254.237,57

Fallzahl PK + EK 2.012 3.043

Regelleistungsvolumen § 5 III HVV

RLV 4.220.909,0 6.340.215,2

Anforderung 5.115.925,0 8.690.925,0

Überschreitung 895.016,0 2.350.709,8

Überschreitung in %- 21,2 37,1

Berechnung der Kammer

Aufgrund der Teilabhilfe in den Verfahren gegen die Honorarbescheide für die Quartale III/04 bis I/05 nahm die Beklagte eine Neuberechnung der Quartale III/05 bis I/06 und III/06 und IV/06 vor, die aufgrund der veränderten Berechnung der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV zu einer Nachvergütung von insgesamt 32.330,70 EUR führte.

Die Klägerin stellte am 27.07.2005 einen Antrag auf Erhöhung des Regelleistungsvolumens im Großgerätebereich (CT und MRT) auf der Grundlage des z. Zt. geltenden Honorarverteilungsvertrages. Sie trug vor, seit ihrer Praxisneugründung bestehe eine kontinuierliche Steigerung der radiologischen Leistungen, die verschiedene Ursachen habe. Im Wesentlichen liege dies daran, dass sie die einzige Praxis im gesamten KV-Gebiet sei, die Leistungen im Bereich der Großgeräte und in weiten Bereichen spezielle Untersuchungen anbiete. In der direkten Umgebung sei eine lokale Konzentration von Arztpraxen festzustellen, die Untersuchungsleistungen anforderten. Sie sei eine der ganz wenigen Praxen, die CT-gesteuerte Schmerztherapie anbiete. Sie führe ca. 98% aller periradikulären Therapien im Zulassungsgebiet durch. Im Bereich der Computertomographie sei sie die einzige Praxis, die spezielle, hoch aufgelöste multiplanare Knochenuntersuchungen und KM-Dynamiken durchführen könne. Da sie die einzige Kernspintomographiepraxis im Zulassungsgebiet sei, habe sie sehr lange Wartezeiten. Die Wartezeiten habe sie geringfügig verkürzen können, da sie diese Untersuchungszeiten auf nunmehr 16 Stunden ausgedehnt habe. Wegen der häufigen neurologischen Fragestellungen und der Akutdiagnostik von Schlaganfällen habe sie ihre Geräteausstattung entsprechend angepasst. Sie nehme auch hier eine Sonderstellung im ambulanten Versorgungsbereich ein. Eine neu gegründete Praxis benötige mindestens 6 bis 8 Quartale, bis eine Aussage darüber möglich sei, wo die Praxis letztlich stehe und wie sie mit den Fallzahlen einzuordnen sei. Sie benötige Planungssicherheit, d.h. sie müsse wissen, welches Regelleistungsvolumen sie abrechnen könne.

Die Beklagte wies mit Bescheid vom 27.09.2005 den Antrag auf Sonderregelung des Regelleistungsvolumens für MRT- und CT-Leistungen ab dem Quartal II/05ff. ab. Sie wies auf den Honorarverteilungsvertrag hin, wonach für die Fachgruppe der Klägerin im Hinblick auf die Vorhaltung von CT und/oder MRT unterschiedliche Fallpunktzahlen für das Regelleistungsvolumen vorgesehen seien, womit die Besonderheit der Vorhaltung von CT und MRT sowie die besondere Leistungsanforderung für die Fachgruppe berücksichtigt werde. Für Fachärzte für diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT seien folgende Arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen festgelegt:

Primärkassen Ersatzkassen

Altergruppe 0-5 6-59 -)60 0-5 6-59 -)60

Fallpunktzahl 598 1.503 2.712 923 1.520 2.970

Eine Ausnahmeregelung könne nur bei Vorliegen einer absoluten Sicherstellungsproblematik erfolgen. Eine Überprüfung der Versorgungs- und Bedarfssituation im Landkreis LI. habe ergeben, dass die Klägerin für die MRT-Leistungen Alleinversorger sei. Aus diesem Grunde seien bereits in vorangegangenen Quartalen im Rahmen des Regelleistungsvolumens für den Bereich MRT-Leistungen Sonderregelungen getroffen worden. CT-Leistungen würden im Landkreis LI. von einem weiteren niedergelassenen Arzt erbracht werden. Im nahegelegenen Planungsbereich LI.-Stadt würden mehrere niedergelassene Ärzte die streitgegenständlichen Leistungen abrechnen bzw. erbringen. Von daher liege keine Sicherstellungsproblematik vor. Aufgrund dessen, dass das praxisspezifische Regelleistungsvolumen aus der Fallpunktzahl des arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumens und der praxisindividuellen Fallzahlen zu ermitteln sei und dass die Klägerin aufgrund der Regelung für sogenannte junge Praxen bis einschließlich des Quartals I/05 keiner fallzahlabhängigen Quotierung nach LZ 505 HVM unterliege, werde die Praxisentwicklung auch im Rahmen des Regelleistungsvolumens ab dem Quartal II/05 berücksichtigt.

Hiergegen legte die Klägerin am 07.11.2005 Widerspruch ein. Zur Begründung trug sie gleichlautend wie bezüglich der Vorquartale vor, Herr Dr. C habe zwar tatsächlich zum 01.04.2002 die Zulassung erhalten, aber die Aufnahme seiner Tätigkeit bis zum 01.09.2002 verschoben und auch bis dahin keine Leistungen erbracht und abgerechnet, da er über keine Praxis verfüge habe. Der Bau der Praxis, ein Neubau, habe sich verzögert gehabt. Zu berücksichtigen sei auch, dass sie die einzige Praxis mit den Leistungen im Planungsbereich sei. Sie habe ein Fallwertproblem. Wegen des vorherigen Fehlens einer Großgerätepraxis und weiterer ärztlicher Praxen in ihrer Umgebung sei ein anhaltender Strom an Überweisungen im Großgerätebereich zu verzeichnen. Erst ab dem zweiten Quartal 2005 hätten sich die Leistungszahlen der Praxis stabilisiert. Ihre Praxis sei mit anderen radiologischen Praxen nicht vergleichbar. Zwischenzeitlich sei auch eine Ermächtigung im Planungsbereich erfolgt. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen sei, wie sich durchgängig bei allen Honorarabrechnungen zeige, zu niedrig. Die durchschnittliche Punktzahl der Praxis liege weit über dem Regelleistungsvolumen. Die Überschreitung betrage z. B. im vierten Quartal 2005 40 %. Ab dem Quartal II/05 habe die Ausgleichsregelung weitere Probleme gebracht. Das Fallzahlzugeständnis aufgrund der BSG-Rechtsprechung werde durch die Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV ad absurdum geführt, weil der Auffüllungsbetrag je Fall nicht mit der über die Fallzahlzuwachsregelung zugestandenen Zahl der Fälle multipliziert werde, sondern

nur mit der Fallzahl aus dem vierten Quartal 2004, die deutlich unterhalb liege. Insgesamt bekäme sie über 40 % ihrer Leistungen auf diese Art und Weise nicht vergütet.

Mit Widerspruchsbescheid vom 28.03.2007, der Klägerin am 30.03. zugestellt, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Sie wies auf das Regelleistungsvolumen für die Fachgruppe der Klägerin nach dem Honorarverteilungsvertrag hin. Hinzu komme ferner ein Zuschlag von 130 Punkten für die Gemeinschaftspraxis. Im Einzelnen erläuterte sie ferner den Umfang des Regelleistungsvolumens für die Quartale II bis IV/05 und die Überschreitungsvolumina, die noch zu einem unteren Punktwert vergütet werden würden. Durch die Einbeziehung der Leistungen für CT und MRT seien diese Leistungen bei der Berechnung für das Regelleistungsvolumen bereits berücksichtigt worden. Für den Aspekt der Sicherstellung sei maßgeblich, ob im Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden. Im Landkreis LI. würden die CT-Leistungen von einem weiteren niedergelassenen Arzt erbracht werden, eine weitere Ärztin sei ermächtigt. In LI.-Stadt gebe es mehrere niedergelassene Ärzte für die streitgegenständlichen Leistungen. Zur Vermeidung von Honorarverwerfungen habe die Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV zu entsprechenden Auffüllbeträgen geführt. Ergänzend habe der Vorstand im Sinne einer grundsätzlichen Beschlussfassung festgestellt, dass Ausnahmeregelungen zum Regelleistungsvolumen nicht zugestimmt werden könne, wenn Honorarverwerfungen bereits durch einen Auffüllungsbetrag im Rahmen der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV Berücksichtigung gefunden hätten. Jungen Praxen müsse eine Wachstumsmöglichkeit eingeräumt werden, jedoch nicht in unbeschränktem Rahmen.

Hiergegen hat die Klägerin am 30.04.2007 die Klage erhoben. Sie ist der Auffassung, die Beklagte habe den Aspekt der Sicherstellung nicht zutreffend beurteilt. Es gebe keine andere radiologische Praxis in Hessen, die sich auf der grünen ZG. in einem praktisch nicht versorgten Gebiet niedergelassen habe. Aufgrund der Kreditaufnahme habe sie entsprechenden wirtschaftlichen Druck. Ihre Leistungszahlen hätten sich erst ab dem II. Quartal 2005 stabilisiert. Indem sie immer wieder mit Quartalen aus dem Jahr 2004 verglichen werde, werde sie faktisch eingefroren, erbringe sie "nicht" vergütete Leistungen, also "umsonst" in einem Umfang, wie sie ein Hausarzt in einem Jahr im Durchschnitt nicht an Leistungen habe und abrechne. Die Praxis habe seit 2004 rund 30% ihres durchschnittlichen Fallwertes eingebüßt und das angesichts eines ohnehin nicht üppigen Ausgangswertes. Zur Veranschaulichung dieser Entwicklung verweise sie auf die von ihr erstellte Übersicht. Die Praxen mit einem überdurchschnittlichen Anteil an CT- und MRT-Untersuchungen zählten zu den größten Verlierern des neuen HVV. Sie habe erhebliche Überschreitungen des Regelleistungsvolumens. Es sei rechtswidrig, unter Hinweis auf die Ausgleichsregelung eine Ausnahmeregelung zum Regelleistungsvolumen abzulehnen. Die Ausgleichsregelung gem. Ziff. 7.5 HVV habe gerade bei den Praxen zu überdurchschnittlichen Honorareinbußen geführt, die durch diese Regelung gestützt werden sollten. Die auf die Fachgruppe der Radiologen entfallene Gesamtvergütung sei Ende 2004 um 20% gesunken, die Fachgruppe müsse auch noch jeweils die Ausgleichszahlungen selbst finanzieren, da kein fachübergreifender Ausgleich der EBM- und HVV-bedingten Fallwertverluste stattfinde. Die Anwendung der Ausgleichsregelung sei völlig intransparent. Erst ein Blick in die Arztrechnung 1 lasse erkennen, ob die Vergütung der durch den EBM 2005 in besonderer Weise von Punktzahlabwertungen betroffenen Praxen ohne Anwendung der fachgruppeninternen Ausgleichsregelung nicht deutlich höher ausgefallen wäre. Im Endeffekt habe nämlich eine nichtgewollte Honorarverschiebung zwischen einzelnen Praxen stattgefunden. Sei habe trotz der Ausgleichsregelung enorme Honorareinbußen, da die Fallwerte so niedrig seien, insbesondere könne mitnichten bestätigt werden, dass Honorarverwerfungen ausgeglichen worden wären. Die Ursache sei mithin in den weiterhin zu niedrig bemessenen Regelleistungsvolumina zu sehen. Das Regelleistungsvolumen sei fehlerhaft gebildet worden. Es sei das gewichtete Regelleistungsvolumen gebildet worden, unabhängig davon, wie viele Ärzte in einer Gemeinschaftspraxis die entsprechende Qualifikation für die Abrechnung der besonderen Leistungen erbrächten. Praxen mit viel MRT-Leistungen seien gegenüber Praxen mit vorwiegend konventioneller Radiologie benachteiligt. Sie sei die einzige Kernspintomographiepraxis im gesamten Zulassungsgebiet. Sie versorge genauso viele Einwohnern (etwa 200.000) wie drei Praxen mit zehn Radiologen im angrenzenden Gebiet LI. Stadt. In LI. Land bestehe eine Unterversorgung. Es bestehe örtlich, strukturell und honorarrechtlich ein offensichtliches Missverhältnis zwischen den einzelnen Zulassungsgebieten. Sie lege Auszüge aus der Analyse der Unternehmensberatung HK. in Form von Übersichten zur Leistungs- und Vergütungsentwicklung ihrer Praxis vor.

Die Klägerin beantragt,
unter Aufhebung des Bescheids der Beklagten vom 27.09.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.03.2007 die Beklagte zu verurteilen, ihren Antrag auf Zuerkennung einer Sonderregelung für das Regelleistungsvolumen für MRT- und CT-Leistungen ab dem Quartal II/05 ff. vom 25.07.2007 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, die Bildung der Regelleistungsvolumina habe sie im Einzelnen erläutert. Durch die verfeinerte Punktzahlbildung für Radiologen werde der besondere Leistungsbedarf im Bereich CT, MRT berücksichtigt. Der Landkreis LI. sei für Radiologen wegen Überversorgung gesperrt. Streitgegenstand sei nur die Anerkennung einer Sonderregelung, nicht die korrekte Bildung der Regelleistungsvolumina.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Die Klage ist zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 27.09.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.03.2007 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung ihres Antrags auf Zuerkennung einer Sonderregelung für das Regelleistungsvolumen für MRT- und CT-Leistungen ab dem Quartal II/05 ff. vom 25.07.2007 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts

Der Bescheid der Beklagten vom 27.09.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.03.2007 ist rechtmäßig.

Die Festsetzung des Regelleistungsvolumens ist grundsätzlich 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), der insoweit bis zum Quartal I/07 fortgeführt wurde, 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 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 Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT genannt. Daneben werden auch die Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT, Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT genannt, wobei im Honorarverteilungsvertrag weitere Differenzierungen oder Zusammenfassungen der im BRLV aufgeführten Arztgruppen vereinbart werden können (Anlage 1 zum Teil III Abs. 2 BRLV).

Im HVV wird insofern von dieser Ermächtigung Gebrauch gemacht und werden drei Honorar(unter)gruppen gebildet, nämlich Honorar(unter)gruppe B 2.26: Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Strahlentherapeuten ohne Vorhaltung von CT und MRT (VfG 65-01), Honorar(unter)gruppe B 2.27: Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT (VfG 65-02) und Honorar(unter)gruppe B 2.28: Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT (VfG 65-04). Für die klägerische Honorar(unter)gruppe B 2.28 werden gemäß der Anlage zu Ziff. 6.3 HVV die im Widerspruchsbescheid genannten Fallpunktzahlen vorgegeben einschl. des Zuschlags für Gemeinschaftspraxen.

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.

Bei der Ausgestaltung der Honorarverteilungsregelungen ist ein Gestaltungsspielraum eröffnet. Die Gestaltungsfreiheit ist eine Ausprägung des mit Rechtssetzungsakten der Exekutive typischerweise verbundenen normativen Ermessens. Dieses wird erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn die getroffene Regelung in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig ist. Allerdings sind bei der Wahrnehmung des Gestaltungsspielraums die gesetzlichen Vorgaben - insbesondere in [§ 85 Abs. 4 ff. SGB V](#) - sowie die Anforderungen des Verfassungsrechts zu beachten, die vor allem in dem aus [Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG](#) abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit konkretisiert worden sind (vgl. BSG, Urt. v. 29.08.2007 - [B 6 KA 2/07 R](#) - juris Rdnr. 15). Dies bedeutet zwar nicht, dass gleiche Leistungen stets gleich vergütet werden müssten. Das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit stellt nur einen Grundsatz dar, von dem aus sachlichem Grund abgewichen werden darf (vgl. BSG, Urt. v. 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) = [GesR 2005, 567](#) = USK 2005-104, juris Rdnr. 18).

Ein Ausnahmefall, der ein Abweichen vom festgesetzten Regelleistungsvolumen rechtfertigen würde, liegt nicht vor.

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 Gesamtregelung 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 III/03 bis II/04 bzw. im Bereich der Beklagte in den Quartalen I und II/04 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 Praxissschwerpunkten 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 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 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. Maßgebend für die hier strittige Ausnahmeregelung ist der Versorgungsschwerpunkt der Praxis. Mit der Erbringung der Leistungen wird zunächst der Bedarf dokumentiert, soweit eine Fehlabrechnung 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 Ausnahmestatbestand 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.

Eine Sicherstellungsproblematik besteht insofern aus der Sicht jedes Behandlers, der Leistungen über das Regelleistungsvolumen hinaus erbringt. Soweit aber gewährleistet ist, dass teilgruppenspezifische Fallpunktzahlen gebildet werden, kann eine weitere Ausnahmegenehmigung nur bei einer auf sachlichen Gründen beruhenden atypischen Situation zur Vergleichsgruppe bestehen. Aus der Lage der Praxis werden solche Gründe nicht ersichtlich. Insofern hat die Kammer bereits für einen Augenarzt entschieden, der Vortrag, die Versorgung der Patienten in ländlichen, strukturschwachen Regionen müsse sichergestellt werden, könne nicht begründen, dass vermehrt Leistungen anfallen (vg. Urt. der Kammer vom 08.10.2008 – [S 12 KA 84/08](#) -), und entsprechend für einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (vg. Urt. der Kammer vom 22.10.2008 – [S 12 KA 977/06](#) -).

Die Vorgaben im BRLV und auch deren Umsetzung im HVV differenzieren bereits nach Praxen ohne CT und MRT, nur mit CT oder mit CT und MRT. Bereits hierdurch wird gewährleistet, dass das mit unterschiedlichen Punktezahlen ausgestattete Leistungsgeschehen auch unterschiedlich für die Bildung der Regelleistungsvolumina erfasst wird. Für eine weitergehende Differenzierung sieht die Kammer keine Veranlassung, da der HVV-Geber zu Pauschalierungen und Typisierungen greifen kann. Es ist auch nicht ersichtlich, dass die klägerische Praxis ausschließlich MRT-Leistungen erbringen würde. Die Frequenzstatistik für die Quartale II bis IV/05, die der Kammer vorlagen, zeigt vielmehr auch Leistungen im Bereich der Ultraschall Diagnostik (Ziff. 33000 bis 33092 EBM 2005), der Diagnostischen Radiologie (Kap. 34.2 mit Ziff. 34210 bis 34297 EBM 2005) und der Computertomographie (Kap. 34.3 mit Ziff. 34310 bis 34360 EBM 2005), die aber auch nicht wesentlich häufiger von der Vergleichsgruppe von – im Quartal III/05 – 55 Praxen mit 157 Ärzten abgerechnet werden.

Im Bereich der MRT-Leistungen (Kap. 34.4 mit Ziff. 34410 bis 34502 EBM 2005) fällt allerdings die wesentlich häufigere Abrechnung – etwa

zwischen 80 % und 109 % - der Ziff. 34411 (MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule) und Ziff. 34450 (MRT-Untersuchung der Extremitäten oder deren Teile, mit Ausnahme der nach der Nr. 34451 abzurechnenden Extremitätenanteile) auf, die in den Quartalen II bis IV/05 einen Leistungsumfang von etwa 2,3 Mio. und 2,1 Mio. = 4,4 Mio. bzw. 2,3 Mio. und 2,2 Mio. = 4,5 Mio. bzw. 2,7 Mio. und 2,4 Mio. = 5,1 Mio. Punkten ausmachen.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bereits für die Vorquartale III und IV/04. Bereits zu diesen Quartalen hat die Kammer mit weiterem Urteil vom 10.12.2008 - [S 12 KA 299/07](#) - entschieden, dass ein Anspruch auf eine Sonderregelung auch insoweit nicht besteht, als der Klägerin der Fallwert der Fachgruppe im Quartal III/04 zugestanden wurde. Allein aus dem Umstand, dass die Klägerin in einem ländlichen Planungsbereich tätig ist, war für die fachkundig mit zwei Fachärzten für Allgemeinmedizin besetzte Kammer nicht nachvollziehbar, weshalb aus diesem Grund im Vergleich zur Fachgruppe vermehrt insb. MRT-Leistungen nachgefragt werden bzw. anfallen.

Auch für die Quartale ab II/05 ff. ist zu berücksichtigen, dass die Beklagte die Fachgruppe in drei Untergruppen unterteilt hat und insoweit eine verfeinerte Berechnung des Regelleistungsvolumens ermöglicht. Aus der Frequenzstatistik ergibt sich ferner, wie bereits ausgeführt, dass die Klägerin auch im Bereich der konventionellen Diagnostik und der CT-Leistungen in etwa durchschnittlich den gleichen Leistungsumfang erbringt wie die Fachgruppe und von daher eine Spezialisierung auf MRT-Leistungen nicht ersichtlich ist. Im Übrigen dient das Regelleistungsvolumen ebf. vorwiegend der Punktwertstabilisierung und der Mengenbegrenzung, wobei auch Radiologen Einfluss auf die Mengenentwicklung haben durch Rückfrage bei dem überweisenden Arzt mit der Bitte um Änderung des Überweisungsauftrags. Im Ergebnis war für die Kammer eine gleichheitswidrige Benachteiligung der Klägerin nicht zu erkennen. Von daher ist die Beklagte zutreffend davon ausgegangen, dass Gründe für eine Sonderregelung nicht vorlagen.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2010-11-11