

S 12 KA 422/09

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 422/09

Datum

08.09.2010

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Eine Sonderregelung bzgl. der Festsetzung eines Regelleistungsvolumens (hier: Quartale IV/05 bis I/07, Fachärzte für innere Medizin, fachärztlich tätig) scheidet aus, wenn das Regelleistungsvolumen über mehrere Quartale hinweg um weniger als 25 % überschritten wird, da eine Überschreitung in dieser Höhe in der Systematik der Bildung der Regelleistungsvolumina liegt und dieser Überschreitungssatz alle Vertragsärzte gleichermaßen trifft. Der Kammer ist diese rückblickende Betrachtung nicht verwehrt (vgl. a. LSG Hessen, Urt. v. 19.05.2010 – [L 4 KA 32/08](#) – Umdruck S. 16), da sie nach den Grundsätzen der Amtsermittlung vom Sach- und Kenntnisstand der letzten mündlichen Verhandlung auszugehen hat.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens gemäß Ziffer 6.3 HVV für die Quartale IV/05 bis I/07.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis. Herr Dr. med. CC ist als Facharzt für innere Medizin seit dem 01.07.1997 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Herr Dr. med. DD ist seit dem 01.01.1997, ebenfalls als Facharzt für innere Medizin, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Beide Ärzte sind fachärztlich tätig. Sie führen die Gemeinschaftspraxis seit dem 01.07.1997 mit Praxissitz in A-Stadt. In den streitgegenständlichen Quartalen hatten sie Abrechnungsgenehmigungen unter anderem für Leistungen der Sonographie, der Koloskopien, des Röntgens sowie für Langzeit-EKGs.

In den streitbefangenen Quartalen setzte die Beklagte das Honorar der Klägerin wie folgt fest:

IV/05 I/06 II/06 III/06 IV/06 I/07

Honorarbescheid vom 04.08.2007 26.01.2007 06.02.2007 17.03.2007 17.04.2007 08.03.2008

Bruttohonorar PK + EK in EUR 136.748,51 142.694,69 125.021,66 131.117,40 140.854,59 123.564,05

Fallzahl PK + EK 1.912 2.113 1.889 1.983 2.026 2.001

Oberer Punktwert RLV Allg. Leist. PK/EK 3,043/3,664 2,478/3,080 3,313/3,669 3,127/3,690 2,979/3,669 1,968/2,350

Fallzahlabhängige Quotierung Ziff. 5.2.1 HVV

Fallzahlgrenze 1.863 1.909 2.013 1.942 1.896 2.075

Aktuelle Fallzahl 1.870 2.047 1.853 1.950 1.967 1.716 Anerkennungsfähiges Honorar in Punkten 2.785.654,5

Quote - - - - 97,29 -

Regelleistungsvolumen Ziff. 6.3 HVV

Fallwert 1.274,1 1.274,0 1.280,3 1.267,4 1.270,4 1.269,1

Fallzahl 1.858 2.047 1.853 1.950 1.911 1.918

Praxisbezogenes RLV in Punkten 2.367.277,8 2.607.849,9 2.372.216,0 2.471.298,0 2.427.734,4 2.434.108,0

Abgerechnetes Honorarvolumen in Punkten 2.950.235,0 3.289.370,0 2.787.560,0 2.860.585,0 2.863.170,0 2.441.645,0

Überschreitung in Punkten 582.957,2 681.492,0 415.164,1 407.215,4 435.435,6 7.511,2

Überschreitung in %- 24,6 26,1 17,5 16,5 17,9 0,3

Ausgleichsregelung Ziff. 7.5 HVV

Referenz-Fallzahl 1.862 1.919 2.024 1.974 1.912 2.113

Referenz-Fallwert EUR 67,4272 67,0351 55,5965 57,0108 61,7052 55,4639

Aktueller Fallwert EUR 58,0529 44,3583 54,1098 51,7385 54,4978 26,5735

Auffüllbetrag je Fall EUR 3,7745 12,2284 0,7469 2,4221 2,8940 -

Auffüllbetrag gesamt in EUR 7.028,13 23.466,21 1.410,81 4.781,29 5.533,27 -

- Berechnungen der Kammer

Die Klägerin wandte sich mit Datum vom 20.11.2006 wegen verschiedener Widersprüche gegen Honorarbescheide und weiterer Widersprüche an die Beklagte und beantragte darin auch, die Aussetzung des ihr zugeteilten Punktzahlgrenzvolumens beziehungsweise die Erhöhung des Regelleistungsvolumens, um den Gegebenheiten mit hohen Überweisungsanteilen sowohl bei gastroenterologischen als auch kardiologischen Leistungen zu entsprechen. Sog. Verdünnerscheine könnten hierzu nicht dienen. Im Rahmen der Widerspruchseinlegung bezüglich der Honorarabrechnung für das Quartal IV/05 mit Datum vom 05.02.2007 beantragte die Klägerin erneut die Aussetzung des Punktzahlgrenzvolumens, das auf einem rechtswidrigen HVV beruhe. Diesen Antrag stellte sie im Schreiben vom 18.05.2007 zur Begründung des Widerspruchs gegen Honorarbescheid für das Quartal I/06 ebenfalls, ebenso mit Schreiben vom 18.05.2007 bezüglich des Quartals II/06.

Die Beklagte wies mit Bescheid vom 14.01.2009 den Antrag ab. Zur Begründung führte sie aus, ein Antrag könne nur für die Zukunft Wirkung entfalten, so dass sie die Schreiben nicht mehr als zulässigen Antrag für die Quartale II und III/05 habe werten können. Für die Arzt-/Fachgruppe der Klägerin seien im Honorarverteilungsvertrag folgende RLV- Fallpunktzahlen vorgesehen:

Primärkassen Ersatzkassen

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

Fallpunktzahl 714 693 1.304 921 1.058 1.200

Hinzukomme ein Zuschlag für die Gemeinschaftspraxis von 130 Punkten. Die Überschreitung des Regelleistungsvolumens führte nicht zu einem Ausschluss der Honorierung der durchgeführten Leistungen, sondern es erfolge lediglich eine Bewertung der überschreitenden Honorarforderungen zu einem unteren Punktwert. Das Regelleistungsvolumen basiere auf dem Honorarverteilungsvertrag. Hiervon könne sie nicht einseitig abweichen. Auch eine extrabudgetäre Vergütung scheide aus, da diese Leistungen im HVV abschließen definiert seien. Die Klägerin habe in den streitgegenständlichen Quartalen keine kardiologischen Leistungen erbracht. Bei den gastroenterologischen Leistungen handele es sich um arztgruppenspezifische Leistungen. Diese würden durch die RLV-Fallpunktzahlen berücksichtigt werden. Eine Ausnahme komme nur aus Gründen der Sicherstellung in Betracht. Maßgeblich hierfür sei, ob im Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden, die die vertragsärztliche Versorgung mit den entsprechenden Leistungen sicherstellten. Allein in A-Stadt seien ausreichend Fachärzte für innere Medizin ohne Schwerpunkt niedergelassen, die die Leistungen berechtigterweise erbringen und abrechnen könnten. Ein Sicherstellungsproblem besteht daher nicht. Eine Analyse habe zwar ergeben, dass die Klägerin in nicht unerheblichem Umfang auf Überweisung tätig geworden sei. Bei Fachärzten sei jedoch davon auszugehen, dass diese typischerweise auf Überweisung tätig würden, sodass die gesamte Fachgruppe dieser Situation gegenüberstehe. Zur Gewährleistung der freien Arztwahl seien Überweisungen nicht auf den Namen eines bestimmten Vertragsarztes ausgestellt. Die Patienten könnten daher auch von anderen Ärzten versorgt werden.

Hiergegen legte die Klägerin am 19.02.2009 Widerspruch ein. Zur Begründung trug sie vor, ohne die Berücksichtigung der bestehenden Praxisbesonderheiten und des atypischen Patientenlientels und die dadurch unrechtmäßige Honorarbegrenzung werde sie in ihren Rechten aus [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) und [Art. 3](#) und [12 GG](#) verletzt. Es liege ein Ausnahmefall vor. Die Praxis weiche signifikant von der Fachgruppe ab. Es komme auf den Versorgungsschwerpunkt der Praxis an. Mit der Erbringung der Leistung werde zunächst der Bedarf dokumentiert. Der mit der Spezialisierung einhergehende vermehrte Zulauf von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern sei gerade auch Ausdruck der Qualität und des Rufes der Praxis. Der Schwerpunkt liege im Bereich der Koloskopien, abdominalen und Schilddrüsen-Sonographie, Röntgenleistung und Duplex-Echokardiographien sowie weiterer Leistungen. Das Patientenlientel bestehe vorwiegend aus chronisch erkrankten Personen, die eine intensive und umfangreiche medizinische Behandlung insbesondere in den Schwerpunktbereichen bedürften. Die Behandlungen erfolgten zudem quartalsübergreifend im Rahmen einer umfassenden Betreuung, sodass bereits die Sequenzen der Besuche die der durchschnittlichen fachärztlich-internistischen Praxis in hohem Maße überschritten. Auch liege eine überdurchschnittlich hohe Fallzahl vor. Es handele sich zu 80% um Überweisungsfälle und dabei um schwere und chronische Erkrankungen. Unter anderem seien eine hohe Anzahl von Erkrankungen der antiviralen Therapie der chronischen Hepatitis, Erkrankungen mit Meldepflicht, orale Antikoagulantientherapie, manifester Diabetes mellitus und rheumatoide Arthritis zu behandeln. Leistungen der Sonographie der Schilddrüse (Ziff. 33012) würden um ein Mehr von 100% gegenüber der Fachgruppe erbracht werden, die Duplex-Echokardiographie (Ziff. 33022) um 175% sowie die Koloskopien um 50%. Für das Erbringen der Leistungen der abdominalen und Schilddrüsen-Sonographie sowie der Duplex-Echokardiographie würden durchschnittlich 35% der Gesamthonoraranforderung angefordert werden. Sie stellten einen überwiegenden Anteil dar. Diese Leistungen würden nur von einem Teil der Fachgruppe überhaupt erbracht werden. Es liege eine inhomogene Arztgruppe vor. In ihrem Fall sei die Gestaltungsfreiheit des Normgebers auf Null gesunken. Dies habe die Pflicht zur Nichtanwendung der Regelungen des § 6 HVV an praxisbezogenen Regelleistungsvolumen-Punktzahlen für sie zur Folge.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 03.06.2009 den Widerspruch als unbegründet zurück. Ergänzend zum angefochtenen Ausgangsbescheid führte sie aus, die Leistungen nach Ziff. 13421 EBM 2005 (koloskopischer Komplex) seien in den streitgegenständlichen Quartalen IV/05 bis IV/06 entsprechend den Vorgaben im Honorarverteilungsvertrag dem Leistungsbereich 4.1 zugewiesen und unterlägen somit nicht dem Regelleistungsvolumen, sondern würden innerhalb der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe als Vorwegleistung vergütet werden. Es erfolge eine Bewertung zu einem Punktwert von 4,0 Cent, vorbehaltlich einer gegebenenfalls erforderlichen Quotierung. Im Quartal I/07 seien diese Leistungen nach dem AOP-Vertrag extrabudgetär vergütet worden, sodass wiederum keine Bewertung der Leistungen auf Basis des Regelleistungsvolumens erfolgt sei. Die Punktwerte für Leistungen der kurativen Koloskopie stellten sich für die Fachgruppe der fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunkt (vor Abzug EHV, nach Abzug Honorarbereich C) wie folgt dar:

Quartal Punktwert für Primärkassen in Cent Punktwert für Ersatzkassen in Cent

IV/05 4,367 4,693
I/06 2,787 2,764
II/06 3,364 3,508
III/06 3,309 3,441
IV/06 4,561 4,703
I/07 4,548 4,990

Auch Leistungen nach der Ziff. 13253 EBM 2005 (computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer), die die Klägerin in den Quartalen I/06 bis I/07 erbracht habe, würden ebenfalls im Wege der Vorweg-Honorierung vergütet werden und unterfielen nicht dem Regelleistungsvolumen. Die Punktwerte hierfür stellten sich wie folgt dar:

Quartal praxisbezogenes RLV (in Punkten) abgerechnetes Honorarvolumen (in Punkten) Überschreitung (in Punkten)

IV/05 2.367.277,8 2.950.235,0 582.957,2
I/06 2.607.878,0 3.289.370,0 681.492,0
II/06 2.372.395,9 2.787.560,0 415.164,1
III/06 2.453.369,6 2.860.585,0 407.215,4
IV/06 2.427.734,4 2.863.170,0 435.435,6
I/07 2.434.133,8 2.441.645,0 7.511,2

Eine Sicherstellung der umstrittenen Leistungen sei im Umkreis von 50 km gewährleistet. Eine Analyse des Leistungsspektrums habe zwar die Abrechnung der von der Klägerin genannten Leistungen (Koloskopien, abdominelle und Schilddrüsen-Sonographie, Röntgenleistungen und Duplex-Echokardiographien sowie weitere Leistungen) bestätigt. Fast alle Leistungen seien aber seltener als in der Prüfgruppe erbracht worden. Einzig Leistungen nach Ziff. 33012 EBM 2005 (Schilddrüsen-Sonographie) sowie 33022 EBM 2005 (Duplex-Echokardiographie) hätte die Klägerin häufiger erbracht. Selbst wenn die von der Klägerin zitierte Rechtsprechung zu früheren Budgets auf die Maßnahmen der Regelleistungsvolumina übertragbar wäre, was sie ausdrücklich bestreite, dann müssten mindestens 30% der erbrachten Leistungen dem Spezialisierungsgebiet zugeordnet sein. Es könne dann nicht nachvollzogen werden, dass die Klägerin in allen vier genannten Bereichen so wie bezüglich weiterer Leistungen Schwerpunkte gebildet habe. Keiner der Leistungsbereich umfasse 30% der abgerechneten Leistungen. Eine Addition der verschiedenen Leistungsbereiche sei unzulässig. Für eine abweichende Praxisstruktur im Vergleich zur Fachgruppe gebe es keine Anhaltspunkte, z.B. das Langzeit-EKG sei eine seltene Leistung, die nicht in jedem Quartal von jeder Praxis abgerechnet werde. Die Klägerin selbst habe die Leistung nach Ziff. 13252 EBM 2005 in den Quartalen IV/05, III/06 und IV/06 gar nicht abgerechnet, und in den übrigen streitgegenständlichen Quartalen in nur sehr geringem Umfang (Quartal I/06: 2 mal Quartal II/06: 1 mal und Quartal I/07: 1 mal). Ein atypisches Leistungsspektrum weise die Praxis der Klägerin nicht auf. Die Tätigkeit auf Überweisung sei für Fachärzte typisch. Typisch sei auch, dass die Patienten quartalsübergreifend behandelt würden. Der Hinweis auf eine überdurchschnittlich hohe Fallzahl sei unerheblich, da alle Fälle anerkannt worden seien. Von einer angemessenen Qualität sei auch bei den anderen Ärzten auszugehen. Der Mobilität der Patienten werde bereits durch die Aufteilung der Regelleistungsvolumen-Fallpunktzahlen in drei Altersklassen von Patienten Rechnung getragen. Die Bildung der Fachgruppe beruhe auf dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 19.10.2004, von denen sie nicht einseitig abweichen könne. Die Zuerkennung von Regelleistungsvolumina entspreche auch den gesetzlichen Vorgaben nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#). Ein Verstoß gegen den Grundsatz der angemessenen Vergütung bestehe nicht. Im Hinblick auf die begrenzte Gesamtvergütung habe eine Quotierung des Punktwerts erfolgen müssen. Ein Ermessensfehler liege nicht vor.

Hiergegen hat die Klägerin am 08.07.2009 die Klage erhoben. Ergänzend zu ihrem Widerspruchsvorbringen trägt sie vor, eine betriebswirtschaftliche Leistungserbringung sei auf der Grundlage des Regelleistungsvolumens und Herabsetzung des Punktwerts von 5,11 Cent auf durchschnittlich 3,9 Cent nicht möglich. Sie ist weiterhin der Auffassung, es liege ein Praxisschwerpunkt vor und sie behandle ein besonderes Patientenkontingent. Eine Überprüfung des Sicherstellungsbedarfs nach einem pauschalen Entfernungsmaß eines 50 km-Radius sei nicht zu vertreten. Die Atypik könne auch in der vermehrten Erbringung fachgruppentypischer Leistungen bestehen.

Die Klägerin beantragt,
unter Aufhebung des Bescheids vom 14.01.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.06.2009 die Beklagte zu verurteilen, über ihren Antrag auf Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens gem. Ziff. 6.3 HVV für die Quartale IV/05 bis I/07 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, soweit die Klägerin die Leistungen nach Ziff. 33022 und 33012 EBM 2005 häufiger als der Fachgruppendurchschnitt erbringe, könne hieraus jedoch keine Sonderregelung abgeleitet werden, weil es sich um fachgruppentypische Leistungen handle, mit der bereits begrifflich keine Atypik einhergehen könne. Insoweit nehme sie Bezug auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 22.03.2006 - [B 6 KA 80/04 R](#) -. Diese Sichtweise habe sich mittlerweile die 11. Kammer des Sozialgerichts Marburg, Urteil v. 22.07.2009 - - angeschlossen. Die Ziff. 33012 erbrächten etwa stets 80% der Praxen. Es handle sich somit um eine fachgruppentypische Leistung. Leistungen nach Ziff. 33022 EBM 2005 erbrächten knapp unter 50% der Praxen der Prüfgruppe. Es handle sich ebenfalls um Leistungen, die von der Fachgruppe häufig erbracht würden und damit nicht Grundlage einer Sonderregelung sein könnten. Leistungen nach Ziff. 33042 EBM 2005 erbrächten stets knapp 100% der Praxen. Es handle sich daher ebenfalls um eine fachgruppentypische Leistung. Ein Schwerpunkt könne nicht im Wege der bloßen Addition von Punktevolumina aus verschiedenen Bereichen gebildet werden.

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

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern 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 Kammer konnte dies trotz

Ausbleibens eines Vertreters der Beklagten tun, weil diese ordnungsgemäß geladen und auf diese Möglichkeit hingewiesen worden war.

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 14.01.2009 in Gestalt des Widerspruchbescheides vom 03.06.2009 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung ihres Antrags auf Zuerkennung einer Sonderregelung für das Regelleistungsvolumen für die Quartale IV/05 bis I/07 unter Beachtung der Rechtsauffassung. Die Klage war daher abzuweisen.

Der Bescheid der Beklagten vom 14.01.2009 in Gestalt des Widerspruchbescheides vom 03.06.2009 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, Ur. 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 arztgruppenspezifischen 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 Praxisschwerpunkten nicht mehr gebildet werden können mit der weiteren Konsequenz, dass diese Leistungen nicht oder in nur ungenügendem Umfang erbracht werden. Auch unter einer sog. gedeckelten Gesamtvergütung hat das Honorar grundsätzlich der Leistung nachzufolgen und sich das Leistungsgeschehen nicht, zumindest nicht vordringlich an den Honoraranreizen zu orientieren.

Soweit die Honorarausstattung der einzelnen Honorar(unter)gruppen auf Basis der tatsächlich in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2004 erfolgten Honorarzahlen erfolgt, sodass in der Ermittlung der maßgeblichen RLV-Fallpunktzahlen das von der Arzt-/Fachgruppe 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.

Allerdings ist andererseits zu berücksichtigen, dass nicht jede im Vergleich zur Fachgruppe vermehrte Erbringung von Einzelleistungen oder Leistungsgruppen oder Spezialisierung einen Ausnahmefall begründen kann, da dann die Regelleistungsvolumina ihren Zweck der Kalkulationssicherheit nicht mehr erreichen könnten. [§ 85 Abs. 4](#) und 4a SGB V gibt keine Vorgabe für differenzierte Ausnahmen und gibt insoweit die Tendenz der Nivellierung des Leistungsgeschehens vor. Von daher ist es auch nicht zu beanstanden, dass weder der Bewertungsausschuss noch der HVV ein den die früheren Praxisbudgets ergänzenden Zusatzbudgets vergleichbares Instrumentarium vorsehen. Auch wird im Regelfall ein Ausnahmetatbestand nicht vorliegen, wenn generell in allen oder vielen Leistungsbereichen ein gegenüber der Fachgruppe erhöhtes Leistungsvolumen abgerechnet wird, da insoweit die Regelleistungsvolumina auch der Leistungsbegrenzung dienen. Eine generelle Festlegung, wann ein Ausnahmefall vorliegt, kann aber, da es sich um eine Regelung für atypische Einzelfälle handelt, nicht getroffen werden.

Im vorliegenden Fall sieht die Kammer es jedoch nicht als erwiesen an, dass ein atypischer Sonderfall vorliegt.

Die Klägerin hat nicht dargelegt, welche besonderen Erkrankungen sie im Vergleich zur Fachgruppe behandelt. Soweit sie auf einzelne Leistungen verweist, liegt nur z. T. eine Leistungshäufung vor. Die insoweit angeführten Leistungen nach Nr. 33012, 33022 und 33042 EBM 2005 hat die Klägerin wie folgt abgerechnet:

IV/05 I/06 II/06 III/06 IV/06 I/07

Nr. 33012

Anzahl je 100 Fälle

Kl./VG/ausf. Praxen 11/5/6 8/5/6 10/5/5 10/4/5 8/5/5 6/4/5

Zahl der Praxen/ Zahl der ausf. Praxen 101/83 99/85 98/82 98/80 99/80 101/81

Nr. 33022

Kl./VG/ausf. Praxen 38/7/15 37/8/15 32/7/13 38/7/13 36/7/14 35/7/14

Zahl der Praxen/ Zahl der ausf. Praxen 101/44 99/48 98/46 98/46 99/47 101/47

Nr. 33042

Kl./VG/ausf. Praxen 20/19/19 18/20/20 16/18/18 16/18/18 16/17/18 14/17/18

Zahl der Praxen/ Zahl der ausf. Praxen 101/100 99/97 98/96 98/97 99/97 101/96

Aus dieser Übersicht wird ersichtlich, dass die Leistungen nach Nr. 33012 EBM 2005 nicht in allen Quartalen signifikant häufiger und die Leistungen nach Nr. 33042 EBM 2005 mit Ausnahme des Quartals IV/05 unterdurchschnittlich abgerechnet werden. Allein bei den Leistungen nach Nr. 33022 EBM 2005 liegt eine deutliche überdurchschnittliche Leistungsabrechnung vor. Zwar scheidet eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen auch bei der überproportionalen Abrechnung von fachgruppentypischen Leistungen nicht generell aus. Ausreichend ist eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebietes (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 17.03.2009 - [L 4 KA 17/09](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris = [www.lareda.hessenrecht.de](#), Revision anhängig: [B 6 KA 20/10 R](#); LSG Hessen, Urt. v. 17.03.2009 - [L 4 KA 17/09](#) - Revision anhängig: [B 6 KA 20/10 R](#)). Eine Sonderregelung scheidet aber aus, wenn das Regelleistungsvolumen über mehrere Quartale hinweg um weniger als 25 % überschritten wird, da eine Überschreitung in dieser Höhe in der Systematik der Bildung der Regelleistungsvolumina liegt und dieser Überschreitungssatz alle Vertragsärzte gleichermaßen trifft. Die Klägerin hat das Regelleistungsvolumen lediglich im Quartal I/06 mit 26,1 % um mehr als 25 % überschritten, in den Folgequartalen zeigt sich demgegenüber ein signifikanter und stetiger Rückgang, nahezu bis zur Einhaltung des Regelleistungsvolumens im Quartal I/07. Der Kammer ist diese rückblickende Betrachtung nicht verwehrt (vgl. a. LSG Hessen, Urt. v. 19.05.2010 [L 4 KA 32/08](#) - Umdruck S. 16), da sie nach den Grundsätzen der Amtsermittlung vom Sach- und Kenntnisstand der letzten mündlichen Verhandlung auszugehen hat. Der Rückgang in der Überschreitung des Regelleistungsvolumens zeigt mithin deutlich, dass es der Klägerin möglich ist, mit den Vorgaben des Regelleistungsvolumens ihre Patienten fachgerecht zu behandeln.

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

2011-02-07