

S 12 KA 416/11

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 416/11

Datum

30.01.2013

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 10/13

Datum

17.04.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Der Fallwert für das Regelleistungsvolumen der Rheumatologen im Bereich der KV Hessen im Quartal II/09, der um ca. 10 % über der Grundpauschale liegt, ist nicht zu beanstanden.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

3. Der Streitwert wird auf 10.510 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars und den Zuweisungsbescheid zum Regelleistungsvolumen für das Quartal II/09.

Der Kläger ist als Facharzt für Innere Krankheiten mit dem Schwerpunkt Rheumatologie seit 01.04.2003 zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

Die Beklagte setzte das Regelleistungsvolumen des Klägers für das streitbefangene Quartal mit Bescheid vom 26.02.2009 und das Vorgängerquartal wie folgt fest:

I/09 II/09

Regelleistungsvolumen gesamt in EUR 40.215,08 32.714,23

RLV-relevante Fallzahl 1.066 1.150 Fallwert in EUR 37,68 28,45

Fallwertabstaffelung 1,000 1,0000

Altersstrukturquote 1,0012 0,9999

Aufschlag fachgleiche BAG 1 1

Hiergegen legte der Kläger am 27.03.2009 Widerspruch ein. Der Kläger trug vor, sein Widerspruch richte sich gegen den fachgruppenspezifischen Fallwert, der von 37,68 Euro auf 28,45 Euro reduziert worden sei. Hier müsse ein Fehler in der Berechnung vorliegen, denn bei den Rheumatologen hätte weder die angeforderte Leistungsmenge variiert, noch hätten die Fallzahlen variiert. Möglicherweise seien neu hinzugekommene Ärzte nicht mit einem entsprechenden Leistungsbudget berücksichtigt worden.

Die Beklagte setzte das Honorar des Klägers für das streitbefangene Quartal II/09 und die Vorgängerquartale und Folgequartale der Jahre 2008 und 2009 mit Honorarbescheid wie folgt fest:

Quartal I/08 II/08 III/08 IV/08

Honorarbescheid vom 10.07.2008 27.10.2008 12.01.2009 30.03.2009

Honorar gesamt in EUR 55.197,69 58.582,40 56.387,80 56.137,20

Bruttohonorar PK + EK in EUR 55.903,41 57.593,40 57.391,19 57.021,96

Fallzahl PK + EK 1.066 1.154 1.110 1.139

Regelleistungsvolumen

Punkte 1.028,1 1.028,0 1.030,8 1.026,7
RLV 1.095.954,6 1.124.632,0 1.121.510,4 1.160.171,0
Überschreitung 522.010,4 578.583,0 516.974,6 514.804,0

Quartal I/09 II/09 III/09 IV/09
Honorarbescheid vom 20.07.2009 10.10.2009 23.12.2009 27.03.2010
Honorar gesamt in EUR 67.803,02 59.208,08 55.306,87 57.340,20
Bruttohonorar PK + EK in EUR 69.396,20 58.478,22 57.046,58 58.554,25
Fallzahl PK + EK 1.208 1.169 1.208 1.263

Regelleistungsvolumen 38.312,10 31.149,98 31.457,00 30.797,46
Quotiertes Regelleistungsvolumen 3.625,11 2.777,98 2.001,72 5.175,97
Fallwertzuschläge zum Regelleistungsvolumen 0,00 0,00 0,00 0,00
Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 27.458,99 24.550,26 23.587,86 22.580,82
Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (AMG) 0,00 0,00 0,00 0,00
Regelleistungsvolumen Obergrenze 40.215,08 32.714,23 33.036,76 32.335,06
Angefordert 59.825,08 56.512,97 58.211,72 62.336,61

Gegen den Honorarbescheid für das Quartal II/09 legte der Kläger am 01.01.2010 Widerspruch ein. Der Kläger trug vor, erstaunlich sei die große Differenz zum Honorar für das Vorquartal. Er nehme auch Bezug auf seinen Widerspruch gegen das RLV.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 18.04.2011 die beiden Widersprüche als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, der vom Kläger vermutete Fehler bei der Berechnung von Divisor und Dividend durch die Heranziehung nicht identischer Fachgruppen oder die Nichtberücksichtigung von neu hinzugekommenen Ärzten liege nicht vor. Die Berechnung sei korrekt erfolgt. Der Überschreibungsbetrag zum Regelleistungsvolumen werde noch mit einer abgestaffelten Quote vergütet. Ein Vergleich mit dem Quartal I/09 habe gezeigt, dass der Kläger im streitbefangenen Quartal II/09 weniger Fälle und somit auch weniger Leistungen, sowohl im Rahmen des Regelleistungsvolumens als auch bei den Laborleistungen des Kapitel 32 erbracht bzw. angefordert habe, sodass es unweigerlich zu einem reduzierten Honorar gekommen sei. Der Grundsatz der angemessenen Vergütung sei nicht verletzt. Es bestehe kein Anspruch des Klägers auf eine höhere Vergütung.

Hiergegen hat der Kläger am 20.05.2011 die Klage erhoben. Er trägt vor, er habe bereits mit Schreiben vom 20.04.2008 beantragt, die seit Januar 2008 für Rheumatologen abrechenbaren Leistungen nach den Ziffern 01510 und 01511 für Infusionen mit monoklonalen Antikörpern außerhalb der Regelleistungsvolumina extrabudgetär zu vergüten. Außerdem habe er für die Vorquartale bereits eine Erhöhung des Regelleistungsvolumens beantragt und auf die neu eingeführte Grundpauschale nach den Ziffern 13690 bis 13692 hingewiesen, die zu einer Höherbewertung gegenüber der vorherigen Versichertenpauschale geführt hätten. Auch die Ziffer 13700 (Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit mind. einer dort genannten Indikation) und die Ziffer 13701 (Zusatzpauschale Rheumatologische Funktionsdiagnostik bzw. rheumatologisches Assessment) seien mit 540 bzw. 455 Punkten höher bewertet worden als zuvor. Rechne man zu diesen beiden Leistungen die Grundpauschale mit 745/730 Punkten zu, ergebe sich ein Punktebedarf von 1.740/1.725 Punkten, was dem Doppelten des derzeitigen Regelleistungsvolumens entspreche. Die Grundpauschale falle mit 100 % der Fälle an, die Betreuungsziffer mit 80 bis 90 % bzw. 50 bis 70 % der Fälle. Damit seien noch nicht einmal zusätzlich zu erbringende Leistungen wie Gelenksonographien oder physikalisch technische Leistungen bzw. weitere internistische Leistungen ebenso wie die Ziffer 01510 sowie 01511 berücksichtigt. Die Regelleistungsvolumina seien bereits mit dem EBM 2005 zu gering gewesen, diese Situation habe sich mit dem Inkrafttreten des EBM 2008 noch verschärft. Angemessen sei die Zuerkennung des Regelleistungsvolumens der fachärztlich tätigen Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie. Auch habe er bereits beantragt, alle fachärztlichen Internisten einer Honorargruppe zuzuordnen. Der Honorarbescheid verstoße gegen den Grundsatz der angemessenen Vergütung. Er sei nicht in der Lage, die Praxiskosten zu decken. Durch die Senkung des Fallwerts für das Regelleistungsvolumen um mehr als ein Drittel ergebe sich eine Schieflage und gleichzeitige Ungleichbehandlung, die durch Unterschiede im Verhältnis zu anderen Arztgruppen nicht zu erklären sei. Der fachgruppenspezifische Fallwert sei in keinem anderen Bundesland so niedrig wie in Hessen. Im Vergleich zu Hamburg sei er nicht einmal halb so hoch. Er wende sich auch dagegen, dass bei der Ermittlung des Fallwertes Abzüge für die Rückstellung von Geldern für z. B. Neuärzte, für Praxisbesonderheiten oder für den Ausgleich von überproportionalen Verlusten gemachten würden. Seine Widersprüche hätten sich nicht auf den Fallwert beschränkt. Ohne die Leistungen aus dem O III-Labor würde er seine Praxis aufgeben müssen. Sein Leistungsumfang sei auch über das gesamte Jahr im Wesentlichen gleich. Maßgeblich komme es aber auf die Honorierung innerhalb des Regelleistungsvolumens an. Die Honorierung für andere Leistungen, insbesondere Laborleistungen, dürften nicht berücksichtigt werden, soweit es um die Prüfung der Frage gehe, ob das Regelleistungsvolumen existenzgefährdend sei. Allein die betrieblichen Aufwendungen hätten im Jahr 2009 164.136,00 Euro betragen. An RLV-Honorar habe er im Jahr 2009 nur 138.300,00 Euro erhalten. Hieraus resultiere eine Unterdeckung von 25.836,00 Euro.

Der Kläger beantragt,
den Honorarbescheid und den Zuweisungsbescheid zum Regelleistungsvolumen für das Quartal II/09, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.04.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm über sein Honorar und das Regelleistungsvolumen für das Quartal II/09 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, für das Quartal II/09 sei kein Antragsverfahren anhängig. Der Widerspruch des Klägers beziehe sich ausschließlich auf die Höhe des RLV-Fallwertes. Sein Antrag bzgl. der Ziffer 01510 und 01511 sei für das streitgegenständliche Verfahren nicht maßgeblich. Die Ziffer 01510 EBM, die der Kläger 18-mal abgerechnet habe, fließen nicht in das Regelleistungsvolumen ein, sondern werde innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als Vorwegleistung vergütet. Die Ziffer 01511 habe der Kläger nicht abgerechnet. Nach den Vorgaben des erweiterten Bewertungsausschusses sei eine extrabudgetäre Vergütung nicht vorgesehen. Dass die Vergütung der Ziffer 01510 bis 01531 außerhalb des Regelleistungsvolumens

erfolge, sei dem Kläger bereits mit der Zuweisung des Regelleistungsvolumens mitgeteilt worden. Im Vergleich zum Vorjahresquartal II/08 ergebe sich ein wesentlich geringerer Leistungsbedarf für die Ziffern 13690 bis 13692, auch wenn es zutrefte, dass die Bewertung dieser Leistungen zum Quartal I/08 erhöht wurden sei. Auch hinsichtlich der Ziffern 13700 und 13701 EBM habe sich der Leistungsbedarf nicht erheblich gegenüber dem Vorjahresquartal erhöht. Eine Vergleichbarkeit der klägerischen Fachgruppe der Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie mit der Fachgruppe der Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie bestehe nicht. Nach der Weiterbildungsordnung bestünden gerade keine Anhaltspunkte für eine Vergleichbarkeit. Der Honorarbescheid verstoße nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Für eine berufliche Existenzgefährdung sämtlicher Rheumatologen in Hessen bestünden keine Anhaltspunkte. Der Kläger erkenne, dass das zweite Quartal grundsätzlich das Quartal mit dem geringsten Vergütungsvolumen sei. Das erste Quartal sei dagegen grundsätzlich das Quartal mit dem höchsten Vergütungsvolumen. Eine Vergleichbarkeit dieser beiden Quartale sei daher per se nicht möglich. Der Leistungsbedarf der Fachärzte sei im Quartal II/07 im Vergleich zum Quartal I/07 deutlich stärker gesunken als der Leistungsbedarf der Hausärzte. Zusätzlich habe sich die Steigerungsrate des Leistungsbedarf 2008 im Vergleich zum Quartal I/07 bei den Hausärzten wesentlich stärker erhöht als bei den Fachärzten. Das Absenken des Fallwertes im Quartal II/09 im Vergleich zum Quartal I/09 treffe daher nicht allein die Fachgruppe des Klägers, sondern auch andere Fachgruppen. Dem Absenken des Fallwertes stehe ein Ansteigen der Fallzahl entgegen. Allein für die Fachgruppe des Klägers sei ein erheblicher Fallzahlanstieg im Quartal II/09 im Vergleich zum Quartal II/08 zu verzeichnen. Die Fallzahl für die Gruppe der Hämatologen/Onkologen betrage lediglich 510 gegenüber den Rheumatologen mit einer Fallzahl von 870. Soweit der Kläger auf andere KV-Bezirke verweise, lasse er unberücksichtigt, dass unterschiedliche Vergütungsstrukturen bestünden. In Hamburg sei auch die Fallzahl der Rheumatologen erheblich niedriger. Ein Vergleich der Honorarabrechnung des Quartals II/08 mit dem II/09 lasse auf keine erheblichen finanziellen Einbußen des Klägers schließen. Die Zahl der Behandler (nach Zulassungsumfang) habe sich in den Quartalen I/09 bis IV/10 wie folgt entwickelt:

Quartal 1./09 2./09 3./09 4./09 1./10 2./10 3./10 4./10
Anzahl 22,84 22,19 21,00 21,66 22,00 24,01 23,50 24,50

Eine wesentliche Veränderung, insbesondere ein signifikanter Rückgang sei nicht festzustellen. Eine Erhöhung der Arztzahlen verpflichte sie nicht zu einer entsprechenden Erhöhung des Arztgruppentopfs. Für die Kostenstruktur seiner Praxis trage der Kläger die Verantwortung selbst.

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 Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)).

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

Die Klage ist aber unbegründet. Der angefochtene Honorarbescheid und der Zuweisungsbescheid zum Regelleistungsvolumen für das Quartal II/09, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.04.2011 sind rechtmäßig und waren daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung über sein Honorar und das Regelleistungsvolumen für das Quartal II/09 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Nach § 87b Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch, 5. Buch, Gesetzliche Krankenversicherung i.d.F. des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) mit Geltung ab 01.04.2007, [BGBl. I S. 378](#) (im Folgenden: SGB V) werden abweichend von § 85 die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 vergütet.

Nach [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) sind zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen (Satz 1). Ein Regelleistungsvolumen nach Satz 1 ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist (Satz 2). Abweichend von Absatz 1 Satz 1 ist die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden (Satz 3). Bei der Bestimmung des Zeitraums, für den ein Regelleistungsvolumen festgelegt wird, ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist (Satz 4). Nach [§ 87b Abs. 3 SGB V](#) sind die Werte für die Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen; bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach § 87 Abs. 2a zugrunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen (Satz 1). Bei der Bestimmung des Regelleistungsvolumens nach Absatz 2 sind darüber hinaus insbesondere

1. die Summe der für einen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen,
2. zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a,
3. zu erwartende Zahlungen für die nach Absatz 2 Satz 3 abgestaffelt zu vergütenden und für die nach Absatz 2 Satz 6 und 7 außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergütenden Leistungsmengen,
4. Zahl und Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Ärzte zu berücksichtigen (Satz 2). Soweit dazu Veranlassung besteht, sind auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen (Satz 3). Die Morbidität nach Satz 1 ist mit Hilfe der Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen (Satz 6). Als Tätigkeitsumfang nach Satz 2 gilt der Umfang des Versorgungsauftrags, mit dem die der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Vertragsärzte zur Versorgung zugelassen sind, und der Umfang des Versorgungsauftrags, der für die angestellten Ärzte der jeweiligen Arztgruppe vom Zulassungsausschuss genehmigt worden ist (Satz 6). Fehlschätzungen bei der Bestimmung des voraussichtlichen Umfangs der Leistungsmengen nach Satz 2 Nr. 3 sind zu berichtigen; die Vergütungsvereinbarungen nach § 87a Abs. 3 bleiben unberührt (Satz 7).

Nach [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) bestimmt der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten (Satz 1). Er bestimmt darüber hinaus ebenfalls erstmalig bis zum 31. August 2008 Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3, 6 und 7 sowie Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach Absatz 3 Satz 5 (Satz 2). Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen stellen gemeinsam erstmalig bis zum 15. November 2008 und danach jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses nach den Sätzen 1 und 2 unter Verwendung der erforderlichen regionalen Daten die für die Zuweisung der Regelleistungsvolumina nach Absatz 5 konkret anzuwendende Berechnungsformel fest (Satz 3). Nach [§ 87b Abs. 5 SGB V](#) obliegt die Zuweisung der Regelleistungsvolumina an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, sowie der jeweils geltenden regionalen Preise der Kassenärztlichen Vereinigung; die Zuweisung erfolgt erstmals zum 30. November 2008 und in der Folge jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des Regelleistungsvolumens (Satz 1). § 85 Abs. 4 Satz 9 gilt (Satz 2).

Ausgehend von diesen gesetzlichen Vorgaben hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008 unter Teil F einen Beschluss gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V gefasst (DÄBl. 2008 (Heft 38), A-1988, zitiert nach www.kbv.de/8157.html, im Folgenden: EB7F). Nach Nr. 1.2 EB7F werden die Regelleistungsvolumina nach Maßgabe von 2. und 3. für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt (Nr. 1.2.1 EB7F). Die Regelleistungsvolumen werden nach Maßgabe von 2. und 3. je Arzt ermittelt (Nr. 1.2.2 Abs. 1 EB7F). Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes Regelleistungsvolumen für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt (Nr. 1.2.2 Abs. 2 EB7F). Nach Nr. 2.1 Satz 1 EB7F kommen Regelleistungsvolumen für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur Anwendung. Dabei sieht der Beschluss vor, dass die Partner der Gesamtverträge Modifikationen (z. B. Differenzierungen oder Zusammenfassungen) von relevanten Arztgruppen vereinbaren können (Nr. 2 Anlage 1 EB7F). Die Fachrichtung der Klägerin wird in dieser Anlage genannt. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 1 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW-AG) gemäß Anlage 2 und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal (Nr. 3.2.1 Satz 2 EB7F sowie Nr. 5 Anlage 2 EB7F). Im Beschluss wird festgestellt, dass das Kriterium Geschlecht sich nicht zur Abbildung der Morbidität eignet, da das abgerechnete Volumen durch dieses Kriterium nicht signifikant beeinflusst wird (Nr. 3.2.2 Satz 1 EB7F). Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das RLV gemäß 3.2.1 unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Anlage 2 zu ermitteln (Nr. 3.2.2 Satz 2 EB7F). Die Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß 3.2.1 erfolgt zunächst - Schritt 1 - durch Ermittlung der arztgruppenspezifischen Anzahl der kurativ-ambulantem Arztfälle gemäß 2.3 des Vorjahresquartals (Nr. 4 Abs. 1 Anlage 2 EB7F). Der arztgruppenspezifische Fallwert - Schritt 2 - ist der Quotient aus dem arztgruppenspezifischen Anteil am RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs (vgl. Nr. 3 Anlage 2 EB7F) und eben der arztgruppenspezifischen Anzahl der kurativ-ambulantem Arztfälle gemäß 2.3 des Vorjahresquartals (Nr. 4 Abs. 2 Anlage 2 EB7F).

Die Praxisbesonderheiten werden zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% vorliegt. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Der Bewertungsausschuss wird die Auswirkungen seiner Vorgaben hinsichtlich der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten überprüfen und die Vorgaben mit Wirkung zum 01. Januar 2010 ggf. anpassen (Nr. 3.6 Satz 1 bis 3 EB7F). Das ermittelte Regelleistungsvolumen je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den nach 3.6 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen (Nr. 5 Abs. 3 Anlage 2 EB7F).

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschloss in seiner 9. Sitzung am 15. Januar 2009 zur Umsetzung und Weiterentwicklung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V (DÄBl. 2009 (Heft 7), A-308) mit Geltung ab 01.01.2009 in Teil A (im Folgenden EB9A) eine "Konvergenzphase für die Vereinheitlichung der Umsetzung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen". Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung sind die im Teil F seines Beschlusses vom 27./28.08.2008 beschlossenen Regelungen, insbesondere zu den Praxisbesonderheiten (Ziffer 3.6), deren Umsetzung zunächst den Partnern der Gesamtverträge überlassen worden war, zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten (Ziffer 3.7) - bei einem Honorarverlust von mehr als 15 % war dies in das Ermessen der KV gestellt worden - und zur Modifikation von relevanten Arztgruppen (Anlage 1) anzuwenden (vgl. Nr. 1 Satz 1 EB9A). Diese Regelungen fasste der Erweiterte Bewertungsausschuss kurz darauf neu in seiner 10. Sitzung am 27. Februar 2009 zur Änderung des Beschlusses Teil A vom 15. Januar 2009 in Teil A "Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkungen der Umsetzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, insbesondere Teil F, Beschluss zur Berechnung und zur Anpassung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V" (DÄBl. 2009 (Heft 12), A-574, im Folgenden: EB10A). Er erweiterte für eine Übergangszeit bis zum 31.12.2010 (vgl. Ziff 5 EB10A) - wobei er sich zur Beobachtung und evtl. notwendigen Anpassung selbst verpflichtete (vgl. Nr. 6 und 7 EB10A) - die Autonomie der Gesamtvertragspartner (vgl. Nr. 1 EB10A), die er lediglich an Vorgaben zur Vergütung der Psychotherapeutenvergütung und die Trennung zur haus- und fachärztlichen Versorgung (Teil F, Anl. 2, Nr. 1) band (vgl. Nr. 3 EB10A). Den Vorrang der eigenen Regelungen in Nr. 1 Satz 1 u. 2 EB9A hob er zugunsten der Vertragsautonomie ab dem 01.04.2009 - sofern in einer Region die Regelleistungsvolumina im 1. Quartal 2008 unter Vorbehalt zugewiesen wurden, kann die regionale Sonderregelung auch rückwirkend zum 01.01.2009 vereinbart werden. (Nr. 1 Fußnote 2 EB10A) -, weiterhin befristet bis Ende 2010 und mit der Vorgabe, das Konvergenzverfahren mit dem Ziel einer schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina an die sich aus der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ergebenden Vorgaben auszugestalten, auf (vgl. Nr. 1 und 2 EB10A).

Nach Nr. 4 EB10A (insofern textgleich mit der vorherigen Regelung nach Nr. 3 EB9A) können die Partner der Gesamtverträge aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abweichend vom Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009, Beschluss Teil F, 3.6 zur Vorgabe eines Grenzwertes zur Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe in Höhe von mindestens 30 % im Einzelfall eine Praxisbesonderheit feststellen, obwohl die so vorgegebene Überschreitung nicht vorliegt.

In Umsetzung seines Ankündigungsbeschlusses aus der 175. Sitzung am 27. Februar 2009 (DÄ 2009 (Heft 12), A-576) hat der

Bewertungsausschuss mit Beschluss in seiner 180. Sitzung am 20. April 2009 zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Regelungen zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009, Teil A "Änderung des Beschlusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V" (DÄ 2009 (Heft 19), A-942, im Folgenden: B180A) mit Wirkung zum 01. Juli 2009 - sofern in einer Region die Regelleistungsvolumina im 2. Quartal unter Vorbehalt zugewiesen wurden, können die nachfolgend angekündigten Maßnahmen in dem betroffenen KV-Bezirk auf Beschluss der Partner der Gesamtverträge bereits mit Wirkung zum 1. April 2009 in Kraft gesetzt werden; in diesem Fall sind die Berechnungen und Anpassungen von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen auf die Abrechnungen des 2., 3. und 4. Quartals 2008 aufzusetzen (Fußnote 1 B180A) - Anpassungen der im EB7F getroffenen Regelungen vorgenommen, die für vorliegenden Rechtsfall aber ohne Auswirkungen sind.

Auf der Grundlage dieser Regelungen im SGB V und des Bewertungsausschusses bzw. Erweiterten Bewertungsausschusses haben die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Verbände der Primärkassen sowie die Ersatzkassen einen Honorarvertrag vom 13.12.2008 für die Zeit ab 01.01.2009 geschlossen (im Folgenden: HVV). In Abschnitt II HVV werden auf der Grundlage des EB7F, B164B und EB8II (Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008 zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sowie zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009, Teil A, DÄBl. 2008 (Heft 4), A 2602) weitgehend wortgleich die Regelungen des EB7F mit den Änderungen durch den B164B übernommen.

Nr. 3.4 HVV ergänzt Nr. 3.4 EB7F "Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung" durch weitere Ausnahmemöglichkeiten. Über die Regelungen in Nr. 3.4 EB7F hinaus kann auf Beschluss des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in begründeten Ausnahmefällen (Urlaub, Krankheit etc.) anstelle des entsprechenden Vergleichs quartals des Vorjahres ein anderes Quartal als Referenzquartal zugrunde gelegt werden (Nr. 3.4 Satz 3 HVV). Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen kann außerdem im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstufung in Ausnahmefällen und auf Antrag ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen Sonderregelungen beschließen (Nr. 3.4 Satz 4 HVV). Die weitere Regelung, dass dies insbesondere für Praxisbesonderheiten, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% vorliegt (Nr. 3.4 Satz 5 HVV), greift die Regelung in Nr. 3.6 Satz 2 EB7F auf.

Soweit Nr. 3.4 Satz 5 HVV i.V.m. Nr. 3.4 Satz 4 HVV den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Einzelfall zur Entscheidung über eine Ausnahmeregelung ermächtigt, ist dies nicht zu beanstanden. Der Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung kann zu konkretisierenden Regelungen und Einzelfallentscheidungen, insbesondere zur Beurteilung der Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen, ermächtigt werden (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - juris Rdnr. 18; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - juris Rdnr. 14, jeweils m.w.N.).

Der Kläger macht letztlich keine Praxisbesonderheit zur Bewilligung einer Ausnahmeregelung geltend. Gründe hierfür sind auch nicht ersichtlich.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts genügt es zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die Überschreitung des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens muss darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht werden. Dabei wird es sich typischerweise um arztgruppenübergreifend erbrachte spezielle Leistungen handeln, die eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern. Deutliches Indiz für einen solchen speziellen Leistungsbereich ist die entsprechende Ausweisung dieser Leistungen im EBM. Mit dem Regelleistungsvolumen soll nicht ein eingeschränktes, sondern ein umfassendes Leistungsprofil abgebildet werden. Es würde dem Konzept des Regelleistungsvolumens mit seiner Anknüpfung an fachgruppenbezogene Durchschnittswerte, die alle fachgruppentypischen Leistungen abbilden, widersprechen, wenn ein Teil der Fachgruppe ausschließlich die niedriger bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet, während ein anderer Teil ausschließlich die hoch bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet und dafür eine individuelle Erhöhung des Regelleistungsvolumens erhalten würde (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - juris Rdnr. 21 f.; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - a.a.O. Rdnr. 17 f., jeweils m.w.N.). Diese zu den Praxisbudgets und den in den Quartalen II/05 bis IV/08 geltenden Regelleistungsvolumina entwickelte Rechtsprechung ist auch auf das ab dem Quartal I/09 geltende Regelwerk anzuwenden (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - a.a.O. Rdnr. 31; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - a.a.O. Rdnr. 22).

Ausgehend von diesen Vorgaben sind Fehler bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens und des Honoraranspruch des Klägers nicht zu erkennen. Der Kläger begehrt für sich keine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen, sondern macht geltend, das Regelleistungsvolumen bzw. der maßgebliche Fallwert müsse erhöht werden, weil die neu eingeführte Grundpauschalen nach den Ziffern 13690 bis 13692 EBM 2009 berücksichtigt werden müssten. Zusammen mit den Grundpauschalen reiche der Fallwert nicht aus. Im Wesentlichen handelt es sich um folgende Leistungen:

Nr. EBM 2009 Leistung Beschreibung Punkte EUR Auf 100 Fälle KI/VG /Abrechner
13691 Grundpauschale 6.-59. Lj. 745 26,08 EUR
13692 Grundpauschale ab 60. Lj. 730 25,55
13700 Zusatzpauschale internistische Rheumatologie Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit mindestens einer der nachfolgend genannten Indikationen
- Poly- und Oligoarthritis,
- Seronegativer Spondylarthritis,
- Kollagenose,
- Vaskulitis,
- Myositis 540 18,90 88/78/78
13701 Zusatzpauschale Rheumatologische Funktionsdiagnostik Zusatzpauschale Rheumatologische Funktionsdiagnostik bzw. rheumatologisches Assessment mittels Untersuchungsinventaren Obligator Leistungsinhalt:
- Rheumatologische Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen mit Quantifizierung der Funktionseinschränkung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Fragebögen (FFbH bzw. HAQ bei rheumatoider Arthritis, BASFI bzw. FFbH bei seronegativer Spondylarthritis) und/oder
- Erhebung des Disease-Activity-Scores (DAS) bei rheumatoider Arthritis und/oder

- Erhebung des BASDAI bei Morbus Bechterew und/oder seronegativen Spondylarthritiden und/oder
- Erhebung des SLEDAI und/oder ECLAM bei systemischem Lupus erythematoses und/oder Erhebung des BIVAS bei Vaskulitiden 455 15,93
54/40/43

Die Grundpauschale liegt somit noch unter dem Fallwert für das Regelleistungsvolumen. Erst bei Abrechnung einer der Zusatzpauschalen, die innerhalb der Honorargruppe des Klägers durchschnittlich 78-mal bzw. 48-mal auf 100 Behandlungsfälle abgerechnet wurde, kommt es im Einzelfall und aufgrund der Häufigkeit der Abrechnung der Zusatzpauschalen zwangsläufig zu einer Überschreitung des Regelleistungsvolumens. Hieraus folgt aber nicht bereits die Rechtswidrigkeit des Fallwerts, insbesondere folgt daraus nicht, dass der EBM nicht mehr das wertmäßige, in Punkte ausgedrückte Verhältnis der Leistungen zueinander ausdrückt.

Steuerungsmaßnahmen können im Ergebnis eine Veränderung der EBM-Bewertung herbeiführen. Eine solche Veränderung geht z. B. mit der Bildung von Honorartöpfen mit unterschiedlichen Punktwerten einher, die bisher von der Rechtsprechung als zulässig angesehen worden sind (vgl. BSG, Ur. v. 07.02.1996 - [6 RKA 68/94](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#) = [BSGE 77, 288](#) = USK 9686 = [NZS 1996, 636](#) = [MedR 1997, 40](#) = [NJW 1997, 822](#), juris Rdnr. 18 ff.; BSG, Ur. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 51/97 R](#) - USK 99101, juris Rdnr. 14 m.w.N.). Folge einer arztgruppenbezogenen Honorarverteilung ist, dass dies zu unterschiedlichen Punktwerten für dieselbe Leistung bei verschiedenen Arztgruppen führen kann, was grundsätzlich hinzunehmen ist (vgl. BSG, Ur. v. 07.02.1996 - [6 RKA 61/94](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 10](#) = [BSGE 77, 279](#) = Breith 1997, 175 = USK 9688, juris Rdnr. 22 m.w.N.). Das Bundessozialgericht hat zunächst als Begrenzung eines Punktwertverfalls für Honorartöpfe, die für Leistungen gebildet werden, die Ärzte nur auf Überweisung hin erbringen können und bei denen ihnen eine Mitverantwortung für eine Mengenausweitung und damit ein Punktwertabfall nicht zugerechnet werden kann, entwickelt, dass im Regelfall Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung besteht, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um 15 % oder mehr niedriger ist als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen (vgl. BSG, Ur. v. 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#) = [BSGE 83, 1](#) = [NZS 1999, 366](#) = Breith 1999, 755 = [MedR 2000, 150](#) = USK 98175, juris Rdnr. 17). Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gehalten, korrigierend einzugreifen, wenn bei festen Honorarkontingenten, die für verschiedene Leistungsbereiche gebildet werden, die Punktwerte einer Arztgruppe für eine längere Zeit um 15 % oder mehr hinter dem Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen zurückbleiben. Dies gilt aber nur, wenn die Ärzte dafür nicht verantwortlich sind, vielmehr z. B. eine Mengenausweitung auf Grund vermehrter Überweisungen durch andere Vertragsärzte vorliegt. Dabei darf die Kassenärztliche Vereinigung eine gewisse Zeit abwarten und beobachten und muss nur reagieren, wenn vom Umsatz her wesentliche Leistungsbereiche einer Arztgruppe betroffen sind (vgl. BSG, Ur. v. 28.01.2004 - [B 6 KA 52/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 8](#) = [BSGE 92, 87](#) = [MedR 2004, 396](#) = Breith 2004, 827 = USK 2004-121, juris Rdnr. 47). Hieraus hat das Bundessozialgericht generell eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht entwickelt, die eine Verpflichtung zum Eingreifen begründet, wenn sich bei einer Arztgruppe ein honorarmindernd wirkender dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 % unter das sonstige Durchschnittsniveau ergibt, von dem Punktwertabfall ein wesentlicher Leistungsbereich betroffen ist, die dem Punktwertabfall zugrunde liegende Mengenausweitung nicht von der Arztgruppe selbst zu verantworten ist und die Honorarrückgänge in dem wesentlichen Leistungsbereich nicht durch andere Effekte kompensiert werden (vgl. BSG, Ur. v. 29.08.2007 - [B 6 KA 43/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 40](#) USK 2007-78, juris Rdnr. 20; BSG, Beschl. v. 17.09.2008 - [B 6 KA 62/07 B](#) -, juris Rdnr. 10).

Unter Maßgabe fester Punktwerte innerhalb eines Regelleistungsvolumens kann ein "Punktwertverfall" nur noch indirekt eintreten, wenn der Umfang des Regelleistungsvolumens nicht mehr die erforderliche Leistungserbringung abdeckt und damit faktisch zu einer tatsächlichen Leistungsabwertung führt, da ein Großteil der Leistungen nur noch zum sog. unteren Punktwert bzw. einer Restvergütungsquote vergütet werden kann. Dies kann dann z. B. der Fall sein, wenn die Grundpauschale, die fast in jedem Behandlungsfall anfällt, unterhalb des für das Regelleistungsvolumen maßgebenden Fallwerts liegt. Ursache hierfür kann u. a. sein, dass ein Vorwegabzug von Leistungen mit festen Punktwerten erfolgt, so dass der Umfang der Leistungen, die bei der Ermittlung der Regelleistungsvolumina von Bedeutung sind, abnimmt, was mit einer Verkleinerung der Regelleistungsvolumina einhergeht. Im Anschluss an die Entscheidung der 11. Kammer hält die Kammer diese Regelungen im EB7F wenigstens im Sinne einer Anfangs- und Erprobungsregelung für rechtmäßig (vgl. SG Marburg, Ur. v. 06.10.2010 - [S 11 KA 340/09](#) - ZMGR 2010, 362, juris Rdnr. 145 ff.; s. a. SG Marburg, Ur. v. 16.11.2011 - [S 12 KA 614/10](#) - [NZS 2012, 358](#), juris Rdnr. 44 f., Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Ur. v. 28.11.2012 - [L 4 KA 73/11](#) -).

Bei Beurteilung eines indirekten "Punktwertverfall" können daher die Maßstäbe der Rechtsprechung zur Stützungsverpflichtung bei einem Punktwertabfall aufgrund arztgruppenspezifischer Vergütungssysteme als Ansatzpunkt herangezogen werden. Hier ist aber zu berücksichtigen, dass die Grundpauschale nicht unter dem Fallwert für die Regelleistungsvolumina liegt. Zu berücksichtigen ist ferner, dass es sich bei den Fallwerten für die Regelleistungsvolumina um einen gemittelten Wert für alle Altersgruppen handelt und dass die Grundpauschale für die Altersgruppe 6. bis 59. Lebensjahr im Quartal II/09 nur über 9 % über dem Fallwert liegt und die Grundpauschale für die Altersgruppe ab dem 60. Lebensjahr im Quartal II/09 um 11 % darüber liegt. Ferner beträgt die Vergütung, die das Regelleistungsvolumen betrifft, mit 31.149,98 EUR im Quartal II/09 nur einen Anteil von 53,3 % am Bruttohonorar für die beiden Kassenbereiche. Auch hierauf ist maßgeblich abzustellen, da eine Arztpraxis gerade bei einem hohen Anteil an Leistungen außerhalb des Regelleistungsvolumens (insb. übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), was gerade bei dem Kläger der Fall ist, und Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (AMG)) von den Vorgaben profitiert, die dann wiederum zur Senkung des Regelleistungsvolumens führen. Auch in der Gesamtschau der Vergütungsanteile ist daher nicht zu beanstanden, dass der Fallwert für das Regelleistungsvolumen nur knapp über der Grundpauschale liegt.

Insofern hat auch das SG Berlin für den Bereich der KV Berlin entschieden, dass die Berechnung des RLV-Fallwerts der Arztgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie (Arztgruppe 24) für den Bereich der KV Berlin in den Jahren 2009 und 2010 rechtmäßig war. Besonderen Versorgungsstrukturen und der Vermeidung existenzbedrohender Honorarverluste im Einzelfall wurde durch die Regelungen zum Ausgleich von Praxisbesonderheiten, von Fallzahlerhöhungen aus besonderen Gründen und von überproportionalen Honorarverlusten ausreichend Rechnung getragen. Für die Anerkennung eines allgemeinen Härtefalls ist daneben nur in Ausnahmefällen aus Gründen der Sicherstellung Raum (Hinweis auf BSG, Ur. v. 08.02.2012 - [B 6 KA 14/11 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 69](#), juris Rdnr. 25 m.w.N.). Sofern der RLV-Fallwert die Versicherten- und Grundpauschalen der jeweiligen Arztgruppe in den Jahren 2009 und 2010 teilweise unterschritten hat, ist der (erweiterte) Bewertungsausschuss mit den Konvergenzbeschlüssen vom 15.01.2009 und vom 27.02.2009 und später mit der Einführung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZVs) ab dem Quartal III/2010 mit Beschluss vom 26.03.2010 jedenfalls seiner Beobachtungs- und Reaktionspflicht ausreichend nachgekommen (Hinweis auf Anschluss an SG Marburg, Ur. v. 06.10.2010 - [S 11 KA 340/09](#) -) (vgl. SG Berlin, Ur. v. 19.09.2012 - [S 83 KA 399/11](#) -, juris Rdnr. 41 ff.).

Die Beklagte hat in den Folgequartalen III/09 bis II/10 ebf. Steuerungsmaßnahme für die sog Vorwegleistungen (sog Anpassungsindex 100 oder Sicherstellungsindex 100 bzw. Sicherstellungsindex 90) zur Sicherung der Fallwerte für die Regelleistungsvolumina eingeführt (s. SG Marburg, Urt. v. 18.04.2012 - [S 12 KA 780/10](#), [S 12 KA 781/10](#), [S 12 KA 158/11](#)-, juris, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 27/12](#) -).

Die Zuordnung der fachärztlichen Internisten zu unterschiedlichen Honorargruppen entspricht den genannten rechtlichen Vorgaben. Nach Nr. 2.1 Satz 1 EB7F kommen Regelleistungsvolumen für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur Anwendung. Die Anlage 1 unterscheidet die fachärztlichen Internisten nach ihrem Schwerpunkt. Dies entspricht ihrem unterschiedlichen Versorgungsschwerpunkt und ist vom Gestaltungsspielraum des Erweiterten Bewertungsausschusses gedeckt.

Die Bildung von Rückstellungen ist nicht zu beanstanden. Es ist nicht ersichtlich, dass diese in einem unzulässigen Umfang erfolgen würden. Härtefallgesichtspunkte werden nicht substantiiert vorgetragen. Ein Honorarabfall zum Jahr 2008 ist nicht erkennbar. Es ist nicht ersichtlich, warum bereits die auf der Grundlage der Regelleistungsvolumina gezahlte Vergütung die Gesamtkosten einer Praxis abdecken sollte. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen keine Veranlassung besteht, sind bei der Beurteilung, ob eine gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstoßende flächendeckend unzureichende Vergütung vertragsärztlicher Leistungen einer bestimmten Arztgruppe vorliegt, neben den Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit auch die Einnahmen aus privatärztlicher sowie sonstiger Tätigkeit zu berücksichtigen (vgl. BSG, Urt. v. 08.12.2010 - [B 6 KA 42/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 61 = [MedR 2012, 340](#) = USK 2010-174, juris Rdnr. 28). Von daher weist die Beklagte zutreffend darauf hin, dass für die angemessene Vergütung nicht ausschließlich auf die Vergütung innerhalb des Regelleistungsvolumens abgestellt werden kann. Insofern besteht kein Anspruch auf eine bestimmte Einzelvergütung und nimmt der Vertragsarzt nur an der Honorarverteilung teil. Ein Verstoß gegen den Grundsatz der angemessenen Vergütung scheidet aus. Die Beklagte hat bereits darauf hingewiesen, dass die Zulassungszahlen für die klägerische Praxis nicht rückläufig sind. Auch gibt der Kläger selbst an, in den Jahren 2008 bis 2010 einen jährlichen Gewinn vor Steuern von 124.592,58 EUR, 162.407,87 EUR bzw. 144.906,45 EUR erzielt zu haben.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil trägt die Verfahrenskosten.

Der Streitwertbeschluss erfolgte durch den Vorsitzenden.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)).

Der Kläger begehrt im Wesentlichen eine Vergütung ohne Beschränkung eines Regelleistungsvolumens. Das Regelleistungsvolumen wird um 23.798,74 Euro überschritten. Hierfür hat die Beklagte noch eine Vergütung von 2.777,98 Euro festgesetzt. Der effektive Überschreibungsbetrag beträgt somit 21.020,76 Euro. Für die Streitwertfestsetzung ist hiervon auszugehen. Im Hinblick auf den Bescheidungsantrag ist hiervon die Hälfte zu nehmen. Dies ergab den festgesetzten Wert.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2013-06-18