

## S 12 KA 899/06

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 899/06

Datum

31.10.2007

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 80/07

Datum

09.07.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Liegen Abrechnungswerte im maßgeblichen Referenzquartal für die Bildung eines Regelleistungsvolumens nicht vor und trifft der Strukturvertrag keine Bestimmung darüber, wie das Regelleistungsvolumen in diesem Fall zu bestimmen ist, so handelt es sich um eine Lücke im Vertragswerk, die im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung zu schließen ist.

2. Die Bestimmung des Regelleistungsvolumens für kleine Teilbereiche ambulanten Operierens nach Durchschnittswerten hat anhand der Zahl der tatsächlich operierenden Ärzte, nicht anhand der Zahl der Ärzte in den Praxen und Gemeinschaftspraxen, die die ambulanten Operationen erbringen, zu erfolgen (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 29.08.2007 - S 12 KA 1194/05 - ).

3. Für segmentierte Regelleistungsvolumen im Bereich des ambulanten Operierens mit festen Punktwerten besteht kein Anspruch darauf, jeweils bis zum Durchschnitt der Fachgruppe wachsen zu können.

1. Unter Aufhebung der drei Bescheide vom 20.01.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.07.2006 wird die Beklagte verurteilt, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihre Anträge neu zu bescheiden.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

3. Die Beklagte hat der Klägerin die Hälfte der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Die Gerichtskosten haben die Beteiligten jeweils zu ½ zu tragen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt eine Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens für Leistungen des ambulanten Operierens bei Versicherten der AOK sowie bei Versicherten der Betriebskassen und Ersatzkassen für die Quartale II/05 bis IV/05.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxisnitz in A-Stadt. Sie besteht aus vier Fachärzten für Augenheilkunde. Zunächst bildeten Herr Dr. med. A. und Herr Dr. med. UJ. eine Gemeinschaftspraxis bis zum 31.12.2002. Ihnen wurde 1995 die Genehmigung zum ambulanten Operieren erteilt. Ab 01.01.2003 trat Herr Dr. med. B. in die Gemeinschaftspraxis ein, dem seit 19.03.2003 die Genehmigung zum ambulanten Operieren erteilt wurde. Zum 01.01.2005 trat Herr Dr. med. C. in die Gemeinschaftspraxis ein; er verfügt über eine Genehmigung zum ambulanten Operieren seit dem 01.04.2005.

Die Klägerin beantragte am 02.05.2005 die Anerkennung einer Erhöhung des Regelleistungsvolumens bei ambulanten Operationen für Versicherte der Ersatz- und Betriebskrankenkassen sowie der AOK Hessen (bezüglich der "26er-Liste") für das Quartal II/05. Zur Begründung führte sie aus, die Beklagte habe mit Bescheid vom 13.04.2005 mitgeteilt, dass nur noch ein Regelleistungsvolumen auf Basis des Ausgangs quartals II/04 Anwendung finde. Sie beantragten, dass das angeforderte Honorar ohne jede Quotierung oder sonstige Kürzung bzw. Begrenzungsregelung, mindestens aber bis zum vierfachen Fachgruppenschnitt festgesetzt werde. Die Praxis bestehe in der aktuellen Konstellation erst seit dem Januar 2005. Dr. A. und Dr. UJ. führten die Operationen erst seit Ende Mai 2003 aus, nachdem Dr. B. in die Praxis gekommen sei. Es hätte nur eine geringe Zahl an Operationen durchgeführt werden können, da in ausgelagerten Praxisräumen am Krankenhaus A-Stadt lediglich für einen halben Tag pro Woche ein Operationsraum habe angemietet werden können. Erst durch die Fertigstellung eines augenärztlichen Operationszentrums am derzeitigen Praxisstandort H-Straße habe tatsächlich eine ambulante Tätigkeit in nennenswertem Umfang aufgenommen werden können. Deshalb und wegen der bestehenden operativen Unterversorgung im PF-Kreis seien die Operationszahlen stetig angestiegen. Auch Dr. C. sei operativ tätig. Das Quartal II/03 könne daher nicht als Vergleichs quartal herangezogen werden. Es müsse die mit der AOK getroffene Regelung für das Quartal I/05 genommen werden, wonach Praxen, die nach dem Quartal II/03 erstmals ambulante Eingriffe aus der "26er-Liste" abgerechnet hätten, als Regelleistungsvolumen den arzt-/fachgruppen-

bezogenen Durchschnitt anerkannt bekämen. Das Quartal II/04 könne für den Bereich der Betriebs- und Ersatzkassen nicht herangezogen werden, da sie seinerzeit nur in geringem Umfang operativ tätig gewesen seien. Zu berücksichtigen sei auch der gesetzgeberische Wille, das ambulante Operieren zu fördern. Sie hätten erhebliche Investitionen getätigt. Sie sei als junge bzw. unterdurchschnittlich abrechnende Praxis zu behandeln. Die strukturvertraglichen Regelungen seien rechtswidrig, da sie keine Regelung zur Behandlung von Praxen enthielten, die sich in der Aufbau- bzw. Wachstumsphase befänden.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 20.01.2006 den Antrag ab. Zur Begründung führte sie aus, gemäß der Anlage 3 zu Ziffer 7.2 des Honorarverteilungsvertrages gelte für die nach Anlage 3 zu Ziffer 7.1 Honorarverteilungsvertrag zur Honorierung kommenden Leistungen des ambulanten Operierens (sowie entsprechenden Begleitleistungen) zu Teilen zusätzliche mengen- bzw. honorarbegrenzende Regelungen. Das Regelleistungsvolumen bei Versicherten der AOK Hessen (so genannte "26-Liste") sei auf der Basis des Abrechnungsvolumens für die vergleichbaren Leistungen aus dem Quartal II/03 (409.500,0 Punkte) zuzüglich der durchschnittlichen Honorarforderung der Arztgruppe aus dem Quartal II/03 (419.839,5 Punkte), insgesamt damit in Höhe von 829.339,5 Punkten ermittelt worden. Im Bereich der Betriebskrankenkassen habe das Abrechnungsvolumen im Quartal II/04 199.500,0 Punkte betragen, hinzuzurechnen sei die durchschnittliche Honorarforderung der Arztgruppe in Höhe von 207.071,4 Punkte, sodass das Regelleistungsvolumen insgesamt 406.571,4 Punkte betrage. Im Bereich der Ersatzkassen betrage das Regelleistungsvolumen entsprechend die Summe aus 496.800,0 Punkte und 412.815,4 Punkte, insgesamt 909.615,4 Punkte. Aufgrund des Eintritts des Herrn Dr. C. in die Gemeinschaftspraxis sei die durchschnittliche Honorarforderung jeweils hinzugerechnet worden. Der vierfache Durchschnittswert sei nur für neue Praxen vorgesehen, die im jeweiligen Bezugsquartal tatsächlich noch keine ambulanten Operationen durchgeführt hätten. Herr Dr. B. habe nicht berücksichtigt werden können, da er bereits in den Quartalen II/03 und II/04 tätig gewesen sei. Eine Sonderregelung aus Gründen der Sicherstellung komme nicht in Betracht, da im Umkreis von 50 km zum Praxissitz eine ausreichende Zahl an augenärztlich ausgerichteten Praxen die ambulanten Operationen ebenfalls erbringe.

Hiergegen legte die Klägerin am 08.02.2006 Widerspruch ein. Sie trug vor, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts müsse es ihr möglich sein, mindestens den durchschnittlichen Umsatz der Fachgruppe zu erreichen. Die Zuerkennung eines viermaligen Durchschnitts der Fachgruppe hätte ein Regelleistungsvolumen von insgesamt 1.679.358 Punkten im AOK-Bereich ergeben. Im BKK-Bereich würde das Regelleistungsvolumen 828.285,6 Punkte betragen, im Ersatzkassenbereich 1.651.261,6 Punkte. Ihr Regelleistungsvolumen sei erheblich darunter festgesetzt worden, dies sei unzulässig. Katarakt-Operationen seien erst mit dem Eintritt des Herrn Dr. UJ. durchgeführt worden. Sie seien auch überwiegend auf Zuweisung anderer Augenärzte tätig. Auch deshalb sei eine Begrenzung weit unter Durchschnitt unzulässig.

Am 16.11.2005 und 16.12.2005 stellte die Klägerin entsprechende Anträge für die beiden Folge quartale. Mit weiteren Bescheiden, jeweils vom 20.01.2006, wies die Beklagte auch die Anträge für die Quartale III und IV/05 zurück. Hiergegen legte die Klägerin am 08.02.2006 jeweils Widerspruch ein.

Die Beklagte verband alle drei Widerspruchsverfahren und wies mit Widerspruchsbescheid vom 19.07.2006, zugestellt am 25.07., die Widersprüche als unbegründet zurück. In den Bescheidgründen führte sie aus, im Quartal II/05 hätte die Klägerin keine Leistungen des ambulanten Operierens der so genannten "54er-Liste" im AOK-Bereich abgerechnet, sodass im Ergebnis eine Beschwerde nicht vorliege. Für die Quartale III und IV/05 lägen derzeit noch keine Abrechnungsdaten vor. Im BKK-Bereich seien für das Quartal II/05 406.571,4 Punkte zum oberen Punktwert und 181.426,6 Punkte zum unteren Punktwert bei einer Gesamthonoraranforderung an 588.000 Punkten vergütet worden. Im Ersatzkassenbereich seien 909.615,4 Punkte zum oberen und 365.084,6 Punkten zum unteren Punktwert bei einer Punktwertanforderung für das Quartal II/05 von 1.274.700 Punkten vergütet worden. Das Hinzukommen weiterer Behandler in die Gemeinschaftspraxis sei berücksichtigt worden. Die BSG-Rechtsprechung zum Anwachsen bis zum Durchschnittshonorar der Fachgruppe sei auf die Maßnahmen des Regelleistungsvolumens ambulanter Operationen nicht übertragbar. Diese Rechtsprechung beziehe sich auf einen Gesamtheitsansatz und nicht auf Einzelsegmente der Abrechnung.

Hiergegen hat die Klägerin am 18.08.2006 die Klage erhoben. Die Klage hat sie mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 12.10.2006 bezüglich des Regelleistungsvolumens für Leistungen des ambulanten Operierens für die Quartale II/05 bis IV/05 für Versicherte der AOK nach der "54er-Liste", nicht jedoch für den Bereich der "26er-Liste" sowie den Bereich der Betriebskassen und Ersatzkassen, zurückgenommen.

Ergänzend zu ihrem Vorbringen im Verwaltungsverfahren trägt die Klägerin vor, die Ablehnung einer Ausnahmeregelung verstoße gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Es sei darauf hinzuweisen, dass zum einen bereits etablierte Praxen mit zum großen Teil überdurchschnittlichen Werten auf ihre eigenen - überdurchschnittlichen - Abrechnungswerte festgelegt würden und alle Praxen, die nach dem Jahr 2003 erstmals ihre operative Tätigkeit aufgenommen hätten, die jeweiligen Durchschnittswerte der Fachgruppe hinsichtlich der ambulant operativen Tätigkeit zuerkannt bekämen. Lediglich sie werde aufgrund des Beginns ihrer ambulanten operativen Tätigkeit auf die eigenen Anfangswerte aus 2003 bzw. 2004 festgelegt. In beiden Jahren hätten diese Werte weit unterhalb des Fachgruppendurchschnitts gelegen. Bei den Regelleistungsvolumina im ambulanten Operieren handele es sich nicht um Anteile aus der budgetierten Gesamtvergütung, sondern um gesonderte Honorartöpfe. Seit Aufnahme im Jahr 2003 bilde es bei ihr eine Kernleistung. Sicherstellungsgründe seien auf ihr Behandlungsgebiet zu beziehen. Allenfalls könne auf einen Umkreis von 30 km abgestellt werden.

Die Klägerin beantragt, die drei Bescheide vom 20.01.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.07.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die im Rahmen des Regelleistungsvolumens für Leistungen des ambulanten Operierens für die drei Quartale II/05 bis IV/05 für Versicherte der AOK nach der "26er-Liste" sowie Versicherte der Betriebskrankenkassen und Ersatzkassen nach den Ziffern 90806 bis 90812 (A-, B-, C- und E-Pauschalen) durchgeführten ambulanten Operationen bis zur Höhe des vierfachen Fachgruppendurchschnitts zu vergüten, hilfsweise, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihre Anträge neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Unter Verweis auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid im Übrigen trägt sie ergänzend vor, es sei unstrittig, dass sie

die Abrechnung der Klägerin formal ordnungsgemäß umgesetzt habe. Die Möglichkeit, auf ein anderes Quartal als das Referenzquartal aus den Jahren 2003 oder 2004 abzustellen, sehe der Honorarverteilungsvertrag nicht vor. Ebenso wenig eröffne er die Möglichkeit, die Quotierung gänzlich auszusetzen. Die zitierte BSG-Rechtsprechung zu jungen und unterdurchschnittlichen Praxen finde keine Anwendung. Das Honorar der Praxismitglieder der Klägerin liege jedoch weit über dem Durchschnitt:

Durchschnittshonorar in EUR II/05 III/05 IV/05  
je Arzt der Fachgruppe 61.704,55 53.011,97 58.724,36  
je Mitglied der Klägerin 116.531,86 102.958,14 108.957,48

Das BSG sehe die Gesamtheit der abgerechneten Leistungen. Die Klägerin steuere ihr Regelleistungsvolumen selbst. Nach dem Honorarverteilungswert könne auf Fachgruppenwerte nicht abgestellt werden, wenn bereits ein Mitglied der Praxis im entsprechenden Vorjahresquartal niedergelassen gewesen sei.

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

Entscheidungsgründe:

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

Die zulässige Klage ist nur z. T. begründet. Die Bescheide vom 20.01.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.07.2006 sind rechtswidrig und waren daher aufzuheben. Die Beklagte hat die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die Klage war aber im Hauptsantrag abzuweisen. Die Klägerin hat keinen Anspruch darauf, die im Rahmen des Regelleistungsvolumens für Leistungen des ambulanten Operierens für die Quartale II/05 bis IV/05 für Versicherte der AOK nach der "26er-Liste" sowie für Versicherte der Betriebskrankenkassen und Ersatzkassen nach den Ziffern 90806 bis 90812 durchgeführten ambulanten Operationen bis zur Höhe des vierfachen Fachgruppendurchschnitts vergütet zu bekommen. Die Klage war daher im Übrigen abzuweisen.

Die angefochtenen Bescheide vom 20.01.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.07.2006 sind rechtswidrig.

Die Regelleistungsvolumen für Leistungen des ambulanten Operierens für die drei Quartale II/05 bis IV/05 für Versicherte der AOK nach der "26er-Liste" sind fehlerhaft berechnet.

Nach der hier maßgeblichen Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen, dem BKK Landesverband Hessen, der IKK Hessen, dem Verband der Angestellten Krankenkassen e. V. (VdAK) - Landesvertretung Hessen, dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V. - Landesvertretung Hessen, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, der Krankenkasse für den Gartenbau und der Knappschaft zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005 vom 10.11.2005, veröffentlicht als Anlage 2 zum Landesrundschreiben/Bekanntmachung vom 10.11.2005 (im Folgenden: HVV), gilt für den Bereich des hier strittigen ambulanten Operierens für die Quartale II und III/05, was dann auch für das Quartal IV/05 verlängert wurde, nach Nr. 2 der Anlage 3 zu Ziff. 7.2 HVV für Versicherte der AOK Hessen - "26er Liste" Folgendes:

2.1 Soweit in Anlage 3 zu Ziffer 7.1 Leistungen mit der Kennzeichnung "A", "B", "C" und "E" versehen und die Bewertungsvorgaben keine Kennzeichnung mit "-" haben, - ausgenommen Nrn. 90840 A, 90840 B, 90840 C, 90840 D und 90840 E - OP des Karpaltunnelsyndroms - sind die Leistungen auf Basis eines praxisbezogenen Regelleistungsvolumens mit einem Punktwert von 5,0 Ct. (Bewertung entspricht den in Anlage 3 zu Ziffer 7.1 ausgewiesenen EUR Beträgen) zu bewerten.

2.2 Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen bestimmt sich dabei auf Basis der Abrechnung der vergleichbaren Leistungen des entsprechenden Quartals des Jahres 2003. Soweit für eine Praxis eine Honorarforderung aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2003 nicht zur Verfügung steht, u. a. da erst nach diesem Quartal mit dem ambulanten Operieren begonnen worden ist, gelten die vorstehenden Regelungen unter Ziffer 1.5 für die Bildung des im aktuellen Abrechnungsquartal gültigen Regelleistungsvolumens entsprechend.

2.3 Für Leistungen oberhalb des Regelleistungsvolumens gemäß Ziffer 2.2 gilt ein Punktwert 0,5 Ct.

2.4 Für ambulante Nachbetreuungen bei (operativen) Leistungen, die gemäß Ziffern 2.1 bis 2.3 in ein Regelleistungsvolumen einbezogen sind, erfolgt die Honorierung auf Basis einer Quote gebildet aus den entsprechenden Honorarforderungen im aktuellen Quartal unter Zugrundelegung der in Anlage 3 zu Ziffer 7.1 ausgewiesenen Bewertungen und dem im entsprechenden Quartal des Jahres 2003 für die vergleichbaren Leistungen zur Verfügung stehenden Honorarvolumen.

Die Nr. 1.5 der Anlage 3 zu Ziff. 7.2 HVV, auf die in Nr. 2.2 Satz 2 der Anlage 3 zu Ziff. 7.2 HVV verwiesen wird, lautet:

Soweit für eine Praxis eine Honorarforderung aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2001 (ausgenommen 4. Quartal 2002: Bezugsquartal 4/2000) nicht zur Verfügung steht, ist der 60 %-Anteil auf die durchschnittliche Honorarforderung je Arzt der Arzt-/Fachgruppe in dem betreffenden Quartal des Jahres 2001 (ausgenommen 4. Quartal 2002: Bezugsquartal 4/2000) zu beziehen. Von der genannten Voraussetzung des Nichtvorliegens einer Honorarforderung aus dem jeweiligen Quartal des Jahres 2001 (ausgenommen 4. Quartal 2002: Bezugsquartal 4/2000) ist dann nicht auszugehen, wenn mindestens ein Mitglied der Praxis bereits im entsprechenden Vorjahresquartal niedergelassen gewesen ist. In diesem Fall bestimmt sich die Honorarforderung des entsprechenden Quartals 2001 unter Berücksichtigung der Zahl der neu in eine Praxis eingetretenen bzw. ausgeschiedenen Praxisteilnehmer, für die in der Regel die entsprechende durchschnittliche Honorarforderung je Arzt der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe als Bemessungsgrundlage heranzuziehen ist.

An die Vorgaben des Honorarverteilungsvertrages ist die Beklagte bei der Honorarverteilung gebunden. Angesichts einer extrabudgetären

Vergütung zu festen Punktwerten ist es ferner nicht zu beanstanden, dass hierfür feste Regelleistungsvolumen vorgesehen werden, die auf frühere Abrechnungsquartale Bezug nehmen (vgl. BSG, Urt. v. 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R](#) -, [SozR 4-2500 § 85 Nr. 23](#) = [MedR 2006, 603](#) = [NZS 2006, 667](#), juris Rdnr. 23 m.w.N.). Zu beachten ist ferner, dass diese Regelleistungsvolumen im Regelfall nur einen geringeren Teil des ärztlichen Honoraranspruchs ausmachen.

Ausgehend von diesen Regelungen des HVV hat die Beklagte der Klägerin für den neu hinzugekommenen Dr. med. C. fehlerhaft die Durchschnittspunktzahl der abgerechneten ambulanten Operationen der abrechnenden Ärzte der Fachgruppe in den Vergleichsquartalen zugebilligt. Eigene Abrechnungswerte der Klägerin lagen in den maßgeblichen Referenzquartalen des Jahres 2003 für ihn nicht vor, da er erst danach zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen wurde. Soweit die Beklagte noch zutreffend davon ausgeht, für ihn die Durchschnittspunktzahl der abgerechneten ambulanten Operationen der Ärzte der Fachgruppe heranzuziehen, wird diese Durchschnittspunktzahl aber nicht anhand der Zahl der tatsächlich operierenden Ärzte, sondern anhand der Zahl der Ärzte, die operierenden Praxen angehören, ermittelt. Nr. 1.5 der Anlage 3 zu Ziff. 7.2 HVV bestimmt bereits, dass die entsprechende durchschnittliche Honorarforderung "je Arzt" der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe als Bemessungsgrundlage heranzuziehen ist. Damit kann aber nur der jeweils tatsächlich operierende Arzt gemeint sein.

Die insoweit fachkundig mit zwei Ärzten besetzte Kammer hält es für unzulässig, das maßgebliche Honorarvolumen anhand der Zahl der Ärzte in allen operierenden Gemeinschaftspraxen zu bestimmen. Bei den strittigen operativen Leistungen handelt es sich um hochspezialisierte Leistungen, die nicht von allen Ärzten dieser Gemeinschaftspraxen erbracht werden. Im Gegensatz zu allgemeinen Regelleistungsvolumen, die die Ertragskraft der Praxen widerspiegeln und deren Durchschnittswert annähernd eine allgemeine durchschnittliche Ertragskraft angibt, führt hier die Heranziehung aller Ärzte dieser Gemeinschaftspraxen zu einem fehlerhaften und zu geringen Durchschnittsvolumen. Dies wird auch nicht der Kostenstruktur gerecht, die mit der Erbringung dieser Leistungen im Zusammenhang steht. Die Beklagte wird daher bei einer Neubescheidung die Zahl der tatsächlich zu operierenden Ärzte zu ermitteln haben, was die Kammer mit vertretbarem Verwaltungsaufwand für möglich hält. Alternativ steht es ihr frei, von der Zahl der operierenden Praxen auszugehen, da diese Zahl jedenfalls die Untergrenze der maßgeblichen Ärztezahl bildet. Die Kammer geht im Ergebnis von einer Erhöhung des Regelleistungsvolumens und damit von einer Abflachung der in manchen Fällen enormen Schwankungen zwischen den einzelnen Quartalen aus, so dass dahingestellt bleiben konnte, inwieweit aus dem Gebot, die Gesamtvergütung gleichmäßig auf das gesamte Jahr zu verteilen (vgl. [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#)), eine Verpflichtung zur Zubilligung weniger unterschiedlicher Regelleistungsvolumina folgt. Insofern hält die Kammer an ihrer Auffassung im Urteil vom 29.08.2007 - S 12 KA 1194/05 - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) fest.

Die Regelleistungsvolumen für Leistungen des ambulanten Operierens für die drei Quartale II/05 bis IV/05 für Versicherte der Betriebskrankenkassen und Ersatzkassen nach den Ziffern 90806 bis 90812 (A-, B-, C- und E-Pauschalen) durchgeführten ambulanten Operationen sind fehlerhaft berechnet.

Nach Nr. 4 der Anlage 3 zu Ziff. 7.2 HVV gilt für Versicherte der Betriebskrankenkassen und der Ersatzkassen - augenärztliche Operationen - Folgendes:

4.1. Soweit für Versicherte der Betriebskrankenkassen und der Ersatzkassen augenärztliche Operationen nach Nrn. 90806 A bis 90812 A erbracht werden, erfolgt die Honorierung der dazugehörigen Leistungen - Nrn. 90806 bis 90812, jeweils mit Kennzeichnung "A", "B", "C", "D" und "E" - auf Basis der in Anlage 3 zu Ziffer 7.1 aufgeführten Bewertung und unter Zugrundelegung eines praxisbezogenen Regelleistungsvolumens.

4.2 Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen bestimmt sich dabei, bei getrennter Betrachtung von Betriebskrankenkassen und Ersatzkassen, aus dem Umfang der Abrechnung für die vergleichbaren Leistungen im entsprechenden Quartal des Jahres 2004.

4.3 Für Leistungen oberhalb des praxisbezogenen Regelleistungsvolumens wird die in Anlage 3 zu Ziffer 7.1 für die Leistungen ausgewiesene Bewertung um 5% vermindert.

4.4 Für die ambulante Nachbetreuung zu augenärztlichen Operationen nach Ziffer 4.1 erfolgt die Honorierung auf Basis einer Quote gebildet aus den entsprechenden Honorarforderungen im aktuellen Quartal (unter Zugrundelegung der in Anlage 3 zu Ziffer 7.1 ausgewiesenen Bewertungen) und dem im entsprechenden Quartal des Jahres 2004 für die vergleichbaren

Leistungen zur Verfügung stehenden Honorarvolumen. Gleich der Verfahrensweise in Ziffer 4.2 ist eine getrennte Betrachtung von Betriebskrankenkassen und Ersatzkassen vorzunehmen.

Soweit in diesen Bereichen eine Regelung bzgl. Anfängerpraxen bzw. neu hinzugekommenen und operierenden Mitgliedern von Gemeinschaftspraxen fehlt, geht die Beklagte aber zu Recht davon aus, dass auch hier die entsprechenden Werte der Fachgruppe zu nehmen sind. Es handelt sich offensichtlich um eine Regelungslücke, die in Analogie zu Nr. 1.5 der Anlage 3 zu Ziff. 7.2 HVV geschlossen werden kann. Nr. 1.5 der Anlage 3 zu Ziff. 7.2 HVV entspricht auch in der Regelungsstruktur den Regelungen, die ansonsten bei der Bildung von Regelleistungsvolumen oder Praxisbudgets getroffen wird. Es ist dann aber gleichfalls unzulässig, das maßgebliche Honorarvolumen anhand der Zahl der Ärzte in allen operierenden Gemeinschaftspraxen zu bestimmen, wie bereits im Einzelnen ausgeführt.

Die Klage war aber im Übrigen abzuweisen.

Einen weitergehenden Anspruch auf Neubescheidung hat die Klägerin nicht. Auch aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit folgt für die Kammer kein Anspruch darauf, dass allen Praxen die jeweiligen Durchschnittswerte der Fachgruppe hinsichtlich der ambulant operativen Tätigkeit zuerkannt bekommen müssten bzw. bis zu solchermaßen bestimmten Regelleistungsvolumen wachsen dürften. Die Vertragspartner haben dies ausdrücklich durch die Begrenzung auf neu hinzukommende Operateure ausgeschlossen. Dies liegt offensichtlich daran, dass es sich um mit festen Punktwerten vergütete Leistungen handelt und keine Anreize für die Ausdehnung dieses operativen Bereichs geschaffen werden sollten. Aufgrund der Spezialität dieses Bereichs verbleiben den Ärzten Wachstumsmöglichkeiten in den übrigen Leistungsbereichen. Soweit dort auch Regelleistungsvolumen bestehen, würde die Zulässigkeit des Wachstums in

segmentierten Regelleistungsvolumen dazu führen, dass insgesamt eine Ausdehnung der Leistungen und des Honorarvolumens ermöglicht wird, was zu Lasten der anderen Ärzte gehen würde oder den Krankenkassen und damit den Beitragszahlern weitere Kosten auferlegen würde. Insofern kann für einen segmentierten Bereich mit festen Punktwerten an das Abrechnungsvolumen vorangegangener Quartale angeknüpft werden, da hieraus auf die Wahrnehmung des Versorgungsumfangs und insoweit auch auf den Punktebedarf der Praxis geschlossen werden kann. Es obliegt insofern dem Entscheidungsspielraum der Vertragspartner des HVV, ob sie darüber hinaus Anreize für eine Leistungsausdehnung oder weitere Spezialisierung setzen wollen. Im Übrigen werden die Leistungen auch bei Überschreitung des Regelleistungsvolumens vergütet. Die Minderbewertung liegt im BKK- und Ersatzkassenbereich lediglich bei 5 %. Im Primärkassenbereich wird noch ein Punktwert mit 0,5 Cent geleistet. Von daher war die Klage im Hauptantrag abzuweisen.

Nach allem war der Klage im tenorierten Umfang stattzugeben, war sie aber im Übrigen 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

2008-10-09