

S 12 KA 49/07

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 49/07
Datum
30.01.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 23/08
Datum
07.12.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. In einem Vertrag zur Honorarverteilung können die Leistungen einer besonderen Inanspruchnahme nach Ziffern 01100 bis 01110 EBM 2005 und dringende Hausbesuche nach Ziffern 01411 und 01412 EBM 2005 nicht abweichend vom Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen in ein Regelleistungsvolumen einbezogen werden (Fortführung von SG Marburg, Ur. v. 26.09.2007 – [S 12 KA 822/06](#) –).

2. Allein in einer etwa doppelt so hohen Abrechnung einer Einzelleistung (hier: Nr. 33044 EBM 2005) kann kein atypischer Ausnahmefall gesehen werden, der eine Kassenärztliche Vereinigung zu einer Sonderregelung bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens für einen Gynäkologen verpflichtet.

1. Unter Aufhebung des Bescheides vom 23.02.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.01.2007 wird die Beklagte verurteilt, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

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

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Zuerkennung einer Sonderregelung für das Regelleistungsvolumen ab dem Quartal II/05.

Der Kläger ist als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zur vertragsärztlichen Versorgung seit 01.07.2000 zugelassen. Bis zum 30.06.2005 war er mit der Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Frau C in Gemeinschaftspraxis mit Praxisstz in C-Stadt tätig. Seit 01.07.2005 führt er eine Einzelpraxis mit Praxisstz in A-Stadt. Er ist berechtigt, ultraschalldiagnostische Leistungen des Kapitels 33 EBM 2005 sowie ambulant operative Leistungen der Kapitel 31.2.2, 31.2.12 und 31.3.2 EBM 2005 zu erbringen. Nach dem Honorarverteilungsvertrag der Beklagten gehört die Praxis der Honorar(unter)gruppe der Gynäkologen, B 2.4 an und ist die Praxis der Fachgruppe/Arztgruppe VfG 21-00 zugeordnet. Mit Honorarbescheid vom 27.06.2005 für das Quartal II/05 setzte die Beklagte für die frühere Gemeinschaftspraxis das Bruttohonorar für den Primär- und Ersatzkassenbereich bei 1.239 Behandlungsfällen auf insgesamt 67.731,91 EUR fest. Die Beklagte setzte das Bruttohonorar für den Primär- und Ersatzkassenbereich mit Honorarbescheid vom 11.08.2005 für das Quartal III/05 bei 332 Behandlungsfällen auf insgesamt 23.609,87 EUR, mit Honorarbescheid vom 08.08.2007 für das Quartal IV/05 bei 295 Behandlungsfällen auf insgesamt 27.483,53 EUR, mit Honorarbescheid vom 20.01.2007 für das Quartal I/06 bei 356 Behandlungsfällen auf insgesamt 18.644,44 EUR, mit Honorarbescheid vom 04.02.2007 für das Quartal II/06 bei 350 Behandlungsfällen auf insgesamt 27.092,54 EUR, mit Honorarbescheid vom 17.03.2007 für das Quartal III/06 bei 286 Behandlungsfällen auf insgesamt 22.881,34 EUR, mit Honorarbescheid vom 18.04.2007 für das Quartal IV/06 bei 289 Behandlungsfällen auf insgesamt 22.641,61 EUR, mit Honorarbescheid vom 17.07.2007 für das Quartal I/07 bei 354 Behandlungsfällen auf insgesamt 18.236,07 EUR und mit Honorarbescheid vom 17.10.2007 für das Quartal II/07 bei 361 Behandlungsfällen auf insgesamt 52.553,14 EUR fest.

Am 10.11.2005 beantragte der Kläger, sämtliche Ultraschalluntersuchungen zur Diagnostik sowie prä- und postoperativ bei operativen Eingriffen im Zusammenhang mit der Durchführung von Laparoskopien, Hysteroskopien und Brustoperationen sowie Inanspruchnahmen zur Unzeit und Hausbesuche im Rahmen der operativen Nachbetreuung außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten. Der neue EBM 2005 bilde bestehende Praxisbesonderheiten nicht mehr ab. Vor und nach den Operationen seien Sonographien unerlässlich. Dies werde von dem Regelleistungsvolumen nicht erfasst. Dies gelte auch für die Inanspruchnahmen zur Unzeit und Hausbesuche.

Mit Bescheid vom 23.02.2006 wies die Beklagte den Antrag ab. Sie wies darauf hin, die arztgruppenübergreifenden Leistungen nach den Ziffern 01100, 01101 und 01410 bis 01412 EBM 2005 gehörten nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses zum Leistungsbereich 4.2 (extrabudgetär zu vergütende Leistungen) und unterfielen nicht dem Regelleistungsvolumen, sofern gesonderte gesamtvertragliche Regelungen vereinbart seien. Im Honorarverteilungsvertrag sei eine Zuordnung zum Leistungsbereich 4.0 (Regelleistungsvolumenbereich) vorgesehen, da für Leistungen der besonderen Inanspruchnahmen sowie für dringende Hausbesuche keine gesonderte vertragliche Regelung bestehe. Für ultraschalldiagnostische Leistungen sehe der Beschluss des Bewertungsausschusses keine besonderen Vorgaben vor; sie unterfielen daher dem Regelleistungsvolumen. Eine generelle Herausnahme dieser Leistungen sehe der Honorarverteilungsvertrag nicht vor, da die extrabudgetär und vorab zu vergütenden Leistungen abschließend definiert seien. Grund hierfür sei, dass die einheitliche Kalkulationsbasis von 4,0 Cent je Punkt für die Regelleistungsvolumina zu beachten sei. Sonderregelungen seien nur aus Gründen der Sicherstellung möglich. Die Leistungen würden aber auch von anderen Ärzten seiner Fachgruppe erbracht werden. Sie seien auch bei der Bildung der Regelleistungsvolumina berücksichtigt worden, die sich an den Honorarzahlen in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2004 orientiere.

Hiergegen legte der Kläger am 20.03.2006 Widerspruch ein. Er wies weiter darauf hin, dass in die Regelleistungsvolumina nur die durchschnittlichen Leistungen einfließen würden, ohne Rücksicht auf ein spezielles Leistungsspektrum des Einzelnen. Dies verstoße gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15.01.2007, dem Kläger zugestellt am 16.01., wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. In den Bescheidgründen führte sie aus, gemäß dem Honorarverteilungsvertrag seien für die Praxis folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen festgelegt worden:

RLV-Fallpunktzahl
Primärkassen Ersatzkassen
Altersgruppe der Patienten in Jahren:
0 – 5 6 – 59 60 und älter 0 – 5 6 – 59 60 und älter
Fallpunktzahl lt. HVV 320 348 320 302 602 378

Im Quartal II/05 seien 1.239 Fälle mit einem Fallpunktwert von 598,3 Punkten zugrunde gelegt worden. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen betrage damit 741.293,7 Punkte. Bei einer Honoraranforderung von 1.632.965,0 Punkten sei das Regelleistungsvolumen um 891.671,3 Punkte überschritten worden. Im Quartal III/05 betrage das Regelleistungsvolumen bei einer Fallzahl von 332 Fällen und einem Fallpunktwert von 455,1 Punkten 151.093,2 Punkte. Das Regelleistungsvolumen sei bei einer Abrechnung von 808.990,0 Punkten um 657.896,8 Punkte überschritten worden. Bei Überschreitung sei eine Bewertung zum unteren Punktwert erfolgt. Für ultraschalldiagnostische Leistungen habe der Kläger im Quartal III/05 65.940 Punkte, das seien 6,2 % des Gesamtpunktzahlvolumens, für operative Leistungen habe er 141.940 Punkte, das seien 13,3 % des Gesamtpunktzahlvolumens, abgerechnet. Die Überschreitung des Regelleistungsvolumens könne nicht ausschließlich auf diese Leistungen zurückgeführt werden. Sicherstellungsgründe lägen nicht vor. Im Planungsbereich A-Stadt gebe es weitere Gynäkologen, welche die streitgegenständlichen Leistungen berechtigterweise abrechneten. Die Honorarausstattung der einzelnen Honorar(unter)gruppen orientierten sich an den tatsächlich in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2004 erfolgten Honorarzahlen, sodass in der Ermittlung der maßgeblichen RLV-Fallpunktzahlen das von der Arzt-/Fachgruppe der Gynäkologen abgerechnete Honorarvolumen für die streitgegenständlichen Leistungen einbezogen sei.

Hiergegen hat der Kläger am 12.02.2007 die Klage erhoben. Er trägt vor, er habe bereits in C-Stadt schwerpunktmäßig ambulante Operationen durchgeführt. Seit seiner Niederlassung in A-Stadt erbringe er fast ausschließlich ambulante Operationen auf dem Gebiet der Gynäkologie und so gut wie keine "gynäkologischen Regelleistungen". Von den ca. 600 in Hessen niedergelassenen Gynäkologen sei so gut wie keiner fast ausschließlich ambulant operativ tätig. Die überwiegend operativ tätigen Gynäkologen könnten nicht mit den übrigen gleichbehandelt werden. Er werde auch durch die rechtswidrige Ziffer 7.5 HVV gekürzt. Es sei eine Mindestzahl von 2.500 Punkten erforderlich. Schon alleine die zur Operationsabklärung erforderlichen Beratungsgespräche und der Ordinationskomplex führten zur Überschreitung des Regelleistungsvolumens. Das Landesschiedsamt in Hessen habe am 02.05.2007 eine Entscheidung des Bundesschiedsamtes aufgegriffen und für alle ambulanten Operationen selbst als auch die Begleitleistungen eine Vergütung von 5,11 Cent pro Punkt festgelegt. Würde er seine operative Tätigkeit auf das übliche Maß zurückführen, so würde eine Versorgungslücke entstehen.

Der Kläger beantragt,
unter Aufhebung des Bescheides vom 23.02.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.01.2007 die Beklagte zu verurteilen, ihm ab dem 3. Quartal 2005 sämtliche Ultraschalluntersuchungen zur Diagnostik sowie prä- und postoperativ bei operativen Eingriffen im Zusammenhang mit der Durchführung von Laparaskopien, Hysteroskopien und Brustoperationen sowie Inanspruchnahmen zur Unzeit und Hausbesuche im Rahmen der operativen Nachbetreuung außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten.
hilfsweise,
die Beklagte zu verurteilen, ihm eine entsprechende Erhöhung des Regelleistungsvolumens unter Berücksichtigung der o. g. Leistungen anzuerkennen,
weiter hilfsweise,
die Beklagte zu verurteilen, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Unter Wiederholung ihrer Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid im Übrigen ist sie weiterhin der Auffassung, dass ein Sicherstellungsproblem nicht gegeben sei. Im Planungsbereich A-Stadt seien 55 Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe niedergelassen, die über die Genehmigung zum ambulanten Operieren verfügten. Diese Ärzte erbrächten auch sonographische Leistungen. Eine Versorgungslücke sei nicht zu befürchten. Ein Arzt habe keinen Anspruch auf eine bestimmte Vergütung. Eine Schwerpunkttätigkeit liege nur vor, wenn die zu beurteilende Tätigkeit quantitativ in Relation zur eigenen Gesamtpraxistätigkeit merklich ins Gewicht falle. Bei Teilbudgets bedürfe es eines Anteils von 20 %, z. T. würden 30 % angenommen werden. Jeder Vertragsarzt sei für sein Leistungsspektrum und eine damit einhergehende mögliche Schwerpunktbildung selbst verantwortlich. Bei den Fachärzten für Frauenheilkunde handle es sich

um eine einheitliche Arztgruppe. Im Quartal III/05 seien insgesamt 752 Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Hessen zugelassen gewesen. 446 von ihnen, knapp 60 %, hätten eine Genehmigung zum ambulanten Operieren besessen. Die Folge quartale wiesen keine signifikanten Abweichungen aus. Damit habe auch der Leistungsbedarfs Eingang in die Berechnung des Regelleistungsvolumens gefunden.

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

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern 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. Sie ist auch zum Teil begründet. Der angefochtene Bescheid vom 23.02.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.01.2007 ist rechtswidrig und war daher aufzuheben. Der Kläger hat einen Anspruch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Der Klage war daher im zweiten Hilfsantrag stattzugeben. Die Klage war aber im Hauptantrag und ersten Hilfsantrag abzuweisen.

Der angefochtene Bescheid vom 23.02.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.01.2007 ist rechtswidrig.

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) sind nach Ziffer 6.3 praxisindividuelle Regelleistungsvolumen zu bilden, da der Kläger zu den entsprechenden Arztgruppen gehört.

Im Einzelnen bestimmt Ziffer 6.3 HVV:

"Die im Abrechnungsquartal für eine Praxis zutreffende Fallpunktzahl bestimmt sich aus der Zugehörigkeit der Ärzte einer Praxis zu einer in der Anlage 1 angeführten Arzt-/Fachgruppe unter Beachtung der angeführten Altersklassen. Bei Gemeinschaftspraxen bestimmt sich die Höhe der in der einzelnen Altersklasse zu treffenden Fallpunktzahl als arithmetischer Mittelwert aus der Fallpunktzahl der in der Gemeinschaftspraxis vertretenen Ärzte (gemäß Zuordnung entsprechend Anlage zu Ziffer 6.3) verbunden mit folgender Zuschlagsregelung:

130 Punkte bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Gemeinschaftspraxen sowie bei Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung gemäß Angestellten-Ärzte Richtlinien unterliegen,

alternativ

30 Punkte je in einer arztgruppen- oder schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxis repräsentiertem Fachgebiet oder Schwerpunkt, mindestens jedoch 130 Punkte und höchstens 220 Punkte.

Bei der Ermittlung der Zuschlagsregelung bleiben Ärzte aus Arztgruppen, für die gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 keine arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen definiert sind, unberücksichtigt.

Die Zuschlagsregelung findet keine Anwendung bei Praxen mit angestellten Ärzten bzw. zugelassenen Ärzten, die einer Leistungsbeschränkung gemäß Bedarfsplanungsrichtlinien bzw. Angestellten-Ärzte-Richtlinien unterliegen. Für Ärzte bzw. Psychotherapeuten, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, richtet sich die Höhe der Fallpunktzahl in den einzelnen Altersklassen nach dem Schwerpunkt der Praxistätigkeit bzw. dem Versorgungsauftrag mit dem der Arzt bzw. Psychotherapeut zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

Das im aktuellen Abrechnungsquartal gültige praxisindividuelle (fallzahlabhängige) Regelleistungsvolumen einer Praxis bestimmt sich dann aus der Multiplikation der im aktuellen Quartal nach verstehender Vorgabe ermittelten arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der relevanten Fallzahlen in die verschiedenen Altersklassen.

Bei der Ermittlung der für die einzelnen Altersklassen gültigen relevanten Fallzahlen einer Praxis sind alle kurativ ambulanten Behandlungsfälle (gemäß § 21 Abs. 1 Satz 1 und Absatz 2 BMVÄ bzw. § 25 Absatz 1 Satz 1 GKV zugrunde zu legen, ausgenommen Behandlungsfälle, die gemäß Anlage 1 und 2 zu Ziffer 7.1 Honorierung kommen, Notfälle im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. Notdienst (Muster 19 A der Vordruckvereinbarung), Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen sowie Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels V. 40 abgerechnet werden. Die so festgestellten Fallzahlen reduzieren sich dabei (vorab der Berechnung des praxisindividuellen (fallzahlabhängigen) Regelleistungsvolumens) aufgrund einer zuvor durchgeführten fallzahlabhängigen Bewertung (Fallzahlbegrenzungsregelung) gemäß Ziffer 5.2, wobei die aus dieser Maßnahme resultierende Reduzierung anteilig auf die Altersklassen zu verteilen ist.

Das nach dieser Vorschrift festgestellte Regelleistungsvolumen einer Praxis im aktuellen Quartal ist dann nachfolgend für jeden über 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal hinausgehenden Fall um 25% zu mindern. Die Feststellung der relevanten durchschnittlichen Fallzahl erfolgt bei Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung unterliegen, je in der Gemeinschaftspraxis tätigen Arzt bzw. Psychotherapeuten.

Für die Bildung des Regelleistungsvolumens einer Praxis im Abrechnungsquartal gilt im Übrigen eine Fallzahlobergrenze in Höhe von 200% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal. Überschreitet eine Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal diese Fallzahlobergrenze, tritt diese anstelle der praxisindividuellen Fallzahl bei der Ermittlung des praxispezifischen

Regelleistungsvolumens. Dabei bestimmt sich im Falle von Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten, die keiner Leistungsbeschränkung unterliegen, die Fallzahlobergrenze aus den arztgruppenbezogenen durchschnittlichen Fallzahlen im entsprechenden Vorjahresquartal je in der Gemeinschaftspraxis tätigen Art bzw. Psychotherapeuten.

Für Ärzte bzw. Psychotherapeuten, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, bestimmt sich die durchschnittliche Fallzahl im entsprechenden Vorjahresquartal für vorstehende Bewertungsvorgaben bzw. Fallzahlobergrenze aus der Honorar(unter)gruppe, zu der sie nach dem Versorgungsauftrag zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

Soweit in der Anlage zu Ziffer 6.3 Arztgruppen nicht aufgeführt sind, gehen deren Fälle und Honoraranforderungen nicht in die Berechnung des praxispezifischen Regelleistungsvolumens ein.

Der Vorstand der KV Hessen ist ermächtigt, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogenen Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 vorzunehmen."

Die Kammer hält diese Regelungen, soweit sie hier streitbefangen sind, grundsätzlich für rechtmäßig.

Nach § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung v. 20.12.1988, [BGBl. I S. 2477](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) v. 14.11.2003, [BGBl. I S. 2190](#) mit Gültigkeit ab 01.01.2005 (SGB V), verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73) ([§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an; für die Vergütung der im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am 31. Dezember 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab angewandt ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen ([§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)). Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten ([§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden ([§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen ([§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#)). Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergütet 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 vergütet sind. Für den Fall der Überschreitung der Regelleistungsvolumen ist vorzusehen, dass die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergütet 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).

Der Kläger begehrt, dass sämtliche Ultraschalluntersuchungen zur Diagnostik sowie prä- und postoperativ bei operativen Eingriffen im Zusammenhang mit der Durchführung von Laparoskopien, Hysteroskopien und Brustoperationen sowie Inanspruchnahme zu Unzeit und Hausbesuch im Rahmen der operativen Nachbetreuung außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergütet sind. Hiervon gehören zu den aus dem Arztgruppentopf zu vergütenden Leistungen und Leistungsarten, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen, die Leistungen einer besonderen Inanspruchnahme nach Ziffern 01100 bis 01110 EBM 2005 und dringende Hausbesuche nach Ziffern 01411 und 01412 EBM 2005. Diese Leistungen werden aber nach dem HVV, was von der Beklagtenvertretung in der mündlichen Verhandlung dargelegt wurde, ebf. in die Regelleistungsvolumen entgegen der Vorgaben des Bewertungsausschusses einbezogen. Nach Auffassung der Kammer ist aber eine Rechtsgrundlage für das Abweichen des HVV von den Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht ersichtlich.

Die Kammer sieht in den BRLV eine verbindliche Vorgabe des Bewertungsausschusses, soweit es um die hier strittigen Leistungen einer besonderen Inanspruchnahme nach Ziffern 01100 bis 01110 EBM 2005 und dringende Hausbesuche nach Ziffern 01411 und 01412 EBM 2005 geht. Bereits der Wortlaut der Bestimmungen lässt nicht erkennen, dass es sich um bloße Empfehlungen an die Partner des Honorarverteilungsvertrages handeln sollte. Auch besteht der Gesetzauftrag an den Bewertungsausschuss nach § 85 Abs. 4 und 4a SGBV darin, verbindliche Vorgaben zu erlassen.

Der Bewertungsausschuss gibt verbindlich vor, für welche Arztgruppen Regelleistungsvolumen zu bestimmen sind. Die hier strittigen Leistungen einer besonderen Inanspruchnahme nach Ziffern 01100 bis 01110 EBM 2005 und dringende Hausbesuche nach Ziffern 01411 und 01412 EBM 2005 unterliegen ausdrücklich nicht dem Regelleistungsvolumen. Eine Ausnahme hiervon oder die Ermächtigung zu einer abweichenden Regelung in einem HVV sieht der Beschluss des Bewertungsausschusses nicht vor. Entgegen der Auffassung der Beklagten liegt es angesichts der eindeutigen Regelung nicht im Handlungsspielraum der Vertragspartner eines HVV, ggf. weitere Regelleistungsvolumina einzuführen bzw. abweichend von den Vorgaben weitere Leistungen einzubeziehen. III.2.2 Abs. 1 BRLV setzt voraus, dass nach dem BRLV Steuerungsinstrumente anzuwenden sind. Nur in diesem Fall können bereits vergleichbare bestehende Steuerungsinstrumente bis Ende 2005 fortgeführt werden. Die hier strittigen Leistungen einer besonderen Inanspruchnahme nach Ziffern 01100 bis 01110 EBM 2005 und dringende Hausbesuche nach Ziffern 01411 und 01412 EBM 2005 werden aber ausdrücklich aus den Steuerungsvorgaben des BRLV ausgenommen, so dass diese Ausnahmeregelung nicht angewandt werden kann.

Soweit die Beklagte darauf hinweist, auch bei Vorgaben des Bewertungsausschusses sei es ihr nicht verwehrt, weitere Steuerungsmaßnahmen im HVV zu vereinbaren, so gilt dies dann nicht, soweit, wie bereits ausgeführt, verbindliche und damit zwingende Vorgaben durch den Beschluss des Bewertungsausschusses bestehen.

Das Bundessozialgericht hat zur Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 01.07.1997 die Bindung des Normgebers für die Honorarverteilung an die Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs herausgearbeitet. Danach ist die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) im Rahmen der ihr nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) obliegenden Honorarverteilung an die gesetzlichen Vorgaben und auch an die Bestimmungen des EBM gebunden. Der auf der Grundlage des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) zu beschließende Honorarverteilungsmaßstab (HVM) darf nicht gegen die Vorschriften des auf der Grundlage des [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) erlassenen Bewertungsmaßstabs verstoßen. Dieser ist nach [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) Bestandteil des Bundesmantelvertrages-Ärzte, der wiederum in seiner Rechtsqualität Vorrang vor regionalen Gesamtverträgen und den Satzungen der KÄV hat. Das ergibt sich im Übrigen auch aus [§ 81 Abs. 3 SGB V](#). Danach müssen die Satzungen der KÄVen Bestimmungen darüber enthalten, dass u. a. die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abzuschließenden Verträge für sie wie für ihre Mitglieder verbindlich sind. Ein HVM, der sich in Widerspruch zu verbindlichen Vergütungsvorgaben des EBM setzt, ist deshalb rechtswidrig und - da es sich um eine Norm handelt - nichtig. Soweit demgegenüber die Auffassung vertreten wird, die Satzungsautonomie der KÄV sei allein durch "übergeordnete Rechtsvorschriften" wie etwa die Grundrechte, nicht aber durch Verträge nach [§ 82 Abs. 1 SGB V](#) bzw. [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) eingeschränkt, trifft das nicht zu. Das BSG hat mehrfach entschieden, dass im EBM Vergütungsstrukturen vorgegeben werden dürfen, die notwendigerweise bundeseinheitlich geregelt werden müssen. Daran hat der Gesetzgeber durch die Ergänzung des [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) im 2. GKV-NOG angeknüpft und für die Praxisbudgets klarstellend eine "tragfähige Rechtsgrundlage" geschaffen. Mit dem zum 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 ([BGBl I 2626](#)) sind Umfang und Tragweite der im EBM zu regelnden Vergütungsstrukturen noch erheblich ausgeweitet worden. Nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) hat der Bewertungsausschuss die Kriterien für die Verteilung der Gesamtvergütungen und insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung zu bestimmen. Ferner hat er nach [§ 87 Abs. 2a Satz 4 SGB V](#) die nach [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) abrechnungsfähigen Leistungen der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung i. S. d. [§ 73 Abs. 1 SGB V](#) zuzuordnen. Die mit dieser Normsetzungskompetenz des Bewertungsausschusses verbundenen Ziele können nur erreicht werden, wenn die KÄVen im Rahmen der Honorarverteilung an die Vorgaben des EBM gebunden sind. Sie dürfen deshalb weder Arztgruppen von der Budgetierung ausnehmen, die der EBM einbezieht, noch die Bereiche der budgetierten und der nicht budgetierten Leistungen anders als im EBM festlegen. In diesem Sinne sind die Budgetierungsregelungen im EBM vorgeföhlich und verbindlich gegenüber Maßnahmen der Honorarverteilung. Dennoch darf die KÄV kraft ihrer Gestaltungsfreiheit im Rahmen der Honorarverteilung mengensteuernde Regelungen treffen, um ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) gerecht zu werden. Allein der Umstand, dass einzelne Arztgruppen von den Praxisbudgets nicht erfasst werden und Ärzte aller Arztgruppen in mehr oder weniger großem Umfang unbudgetierte Leistungen erbringen, schließt die Annahme aus, mit der Einführung der Praxisbudgets im EBM-Ä sei die Verantwortung der KÄV für eine den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) genügende Honorarverteilung aufgehoben oder verdrängt worden. Vor allem hat die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 nichts an der insgesamt begrenzten Gesamtvergütung für alle vertragsärztlichen Leistungen i. S. des [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) geändert. Nach wie vor besteht die Situation, dass ein begrenzter Geldbetrag für die Vergütung aller von den Vertragsärzten in einem bestimmten Zeitraum erbrachten und abgerechneten Leistungen zur Verfügung steht, was wiederum zur Folge hat, dass der "Preis" der einzelnen ärztlichen Leistung erst feststeht, wenn bekannt ist, wie viele Leistungen welcher Art und damit wie viele Punkte insgesamt von den Vertragsärzten abgerechnet werden. Praxisbudgets reduzieren lediglich den Anreiz zur immer weiteren Vermehrung der abrechenbaren Leistungen, weil das Honorar des Arztes für die Leistungen des budgetierten Bereichs allein durch das Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und Zahl der Behandlungsfälle bestimmt wird. Da aber auch für die Leistungen des "grünen" (budgetierten) Bereichs keine festen bzw. vereinbarten Punktwerte gelten, andererseits aber gerade die Stabilisierung des Punktwertes ein maßgebliches Ziel bei der Einführung der Praxisbudgets war, ist es auch nach dem 1. Juli 1997 Aufgabe der KÄV, im Rahmen der Honorarverteilung das Notwendige und Mögliche zur Gewährleistung ausreichender Punktwerte zu tun und auf regionaler Ebene eintretende unerwünschte Verwerfungen zwischen einzelnen Arztgruppen und auch innerhalb einer Arztgruppe zu verhindern. Daher stehen der KÄV auch nach dem 1. Juli 1997 im Grundsatz alle diejenigen Honorarverteilungsregelungen zur Verfügung, die das BSG bisher für zulässig gehalten hat, soweit die Bestimmungen über die Praxisbudgets im EBM keine abweichenden Vorgaben enthalten (vgl. BSG, Urteil v. 08.03.2000, Aktenzeichen: [B 6 KA 7/99 R](#), [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#) = [BSGE 86, 16](#) = [MedR 2000, 543](#) = [NZS 2001, 107](#) = USK 2000-108, zitiert nach juris, Rdnr. 34-36).

Danach geht auch das Bundessozialgericht davon aus, dass der Bewertungsausschuss die Aufgabe hat, verbindliche Vorgaben für die Honorarverteilung zu erlassen. Der Auffassung der Beklagten, es handle sich dabei um bloße "Empfehlungen", findet weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung eine Stütze (vgl. bereits SG Marburg, Ur. v. 26.09.2007 - [S 12 KA 822/06](#) - www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Die Funktion des Bewertungsausschusses, verbindliche Vorgaben für die Honorarverteilung zu erlassen, hat der Gesetzgeber mit der Einführung der Regelleistungsvolumina als zwingende Vorgabe durch das GMG für diesen Bereich noch verstärkt. So heißt es in der Gesetzesbegründung hierzu, die bisherige Regelung habe bereits vorgesehen, dass der Bewertungsausschuss Vorgaben zur Honorarverteilung, insbesondere zur Aufteilung der Gesamtvergütungen auf Haus- und Fachärzte sowie zur Gewährleistung einer angemessenen Vergütung der Psychotherapeuten, beschließen. Zusätzlich werde dem Bewertungsausschuss die Kompetenz übertragen, Vorgaben für die Umsetzung von Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Menge der abgerechneten Leistungen der Vertragsärzte, insbesondere zur Umsetzung der Regelungen zu den Regelleistungsvolumina, zu beschließen. Dadurch solle

sichergestellt werden, dass die von der Selbstverwaltung der Ärzte und der Krankenkassen auf der Bundesebene (Bewertungsausschuss) und auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen getroffenen Regelungen zur Honorarverteilung kompatibel seien (vgl. [BT-Drs. 15/1170, S. 79](#)). Entsprechend hat das GMG durch [§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#) klargestellt, dass die vom Bewertungsausschuss nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) getroffenen Regelungen Bestandteil der Honorarverteilungsmaßstäbe nach [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) sind.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses hinsichtlich der hier strittigen Leistungen einer besonderen Inanspruchnahme nach Ziffern 01100 bis 01110 EBM 2005 und dringende Hausbesuche nach Ziffern 01411 und 01412 EBM 2005 ist auch nicht willkürlich. Er dient offensichtlich der Sicherstellung dieser Leistungen. Es sollen Anreize geschaffen werden, die oft als zusätzliche Belastung empfundenen Arztbriefe zeitnah zu verfassen, was auch im Sinne einer effizienten und wirtschaftlichen Weiterbehandlung des Patienten ist. Gleiches gilt für die dringenden Hausbesuche im Zeitraum 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr. Diese notdienstähnliche Leistung, deren Anforderung vom Vertragsarzt nicht gesteuert werden kann, soll offensichtlich nicht Gefahr laufen, nur noch abgestaffelt vergütet zu werden. Dies entsprach auch bereits zuvor einer weitverbreiteten Praxis in den Honorarverteilungsmaßstäben. Die Herausnahme dieser Leistungen aus den Regelleistungsvolumina kann daher nicht als willkürlich bezeichnet werden.

Entgegen der Vorgaben im BRLV bezieht die Beklagte die hier strittigen Leistungen einer besonderen Inanspruchnahme nach Ziffern 01100 bis 01110 EBM 2005 und dringende Hausbesuche nach Ziffern 01411 und 01412 EBM 2005 in die Regelleistungsvolumina ein. Die BRLV sind aber Bestandteil des HVV, so dass es zur Herausnahme der hier strittigen Leistungen einer besonderen Inanspruchnahme nach Ziffern 01100 bis 01110 EBM 2005 und dringenden Hausbesuchen nach Ziffern 01411 und 01412 EBM 2005 nicht zwingend einer Änderung des HVV bedarf. Bei einer Neubescheidung wird die Beklagte die Herausnahme dieser Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen aber klarzustellen haben. Ein Ermessensspielraum hat sie diesbezüglich nicht. Soweit diese Leistungen aber in die Berechnung der Regelleistungsvolumina eingeflossen sind, wären diese dann fehlerhaft berechnet worden. Hierdurch wird der Kläger aber nicht beschwert, da sie in diesem Fall höher ausgefallen wären. Sollte dies der Fall sein, steht es der Beklagten aber frei, die Fallpunktzahlen durch Änderung des HVV entsprechend anzupassen. Von daher konnte auch bzgl. der strittigen Leistungen einer besonderen Inanspruchnahme nach Ziffern 01100 bis 01110 EBM 2005 und dringenden Hausbesuche nach Ziffern 01411 und 01412 EBM 2005 dem Hauptantrag nicht teilweise stattgegeben werden.

Im Übrigen war die Klage aber abzuweisen.

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 Frauenheilkunde genannt. Entsprechend hat der HVV auch die Fach(unter)gruppe B.2.4 gefasst.

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: 01.08.2007, § 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.

Ausgehend von den Vorgaben im HVV hat die Beklagte das Regelleistungsvolumen und insbesondere die arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen zutreffend berechnet. Nach Ziffer 6.2 HVV gehört der Kläger der Honorar(unter)gruppe der Fachärzte für Frauenheilkunde, B 2.4 an und ist die Praxis der Fachgruppe/Arztgruppe VfG 21 zugeordnet. Auf der Grundlage der Anlage zu Ziffer 6.3 HVV "Arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumen" ergeben sich die von der Beklagten im angefochtenen Widerspruchsbescheid genannten Fallpunktzahlen.

Diese Regelungen werden von dem Kläger letztlich nicht angegriffen. Er macht vielmehr geltend, es liege ein Ausnahmefall vor und der Vorstand der KV Hessen habe von seiner Ermächtigung, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogenen Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 vorzunehmen, zu Unrecht keinen Gebrauch gemacht.

Nach dieser Ermächtigung ist der Vorstand verpflichtet, bei Vorliegen von Sicherstellungsgründen sein Ermessen im Hinblick auf eine Sonderregelung auszuüben. Dies hat die Beklagte aber, abgesehen von den Leistungen einer besonderen Inanspruchnahme nach Ziffern 01100 bis 01110 EBM 2005 und dringenden Hausbesuchen nach Ziffern 01411 und 01412 EBM 2005, nicht verkannt. Nach Auffassung der Kammer liegt ein Ausnahmefall nicht vor und brauchte sie daher von ihrem Ermessen keinen Gebrauch zu 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 gleich bleibend festgelegt werden können, auch dazu ermächtigt werden, Ausnahmen für sog. atypische Fälle vorzusehen. Es ist eine typische Aufgabe des Vorstandes, zu beurteilen, ob sog. atypische Fälle die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen erfüllen. Dabei beschränkt sich die Kompetenz

des Vorstandes nicht auf die Statuierung von Ausnahmen für "echte Härten", vielmehr müssen sie generell für atypische Versorgungssituationen möglich sein (vgl. BSG, Urt. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) = [MedR 2000, 153](#), juris Rn. 36; BSG, Urt. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#), juris Rn. 23). So hat das BSG eine vom Vorstand getroffene Sonderregelung für spezialisierte Internisten nicht beanstandet. Die Entscheidung, dass bei den Internisten, die eine Teilgebietsbezeichnung führten und deren spezielle Leistungen (einschließlich Folgeleistungen) 30 % der Gesamthonoraranforderung ausmachten, diese Leistungen herausgerechnet werden und dass diejenigen, deren spezialisierte Leistungen sogar 50 % der Gesamthonoraranforderung ausmachten, gänzlich von der Teilquotierung freigestellt werden, enthalte Schematisierungen, die nicht als sachwidrig beanstandet werden könnten. Derartige mit scharfen Grenzziehungen einhergehende Härten seien - wie z.B. auch für Stichtagsregelungen anerkannt - hinzunehmen, solange sie nicht im Hinblick auf den gegebenen Sachverhalt und das System der Gesamtregelung willkürlich seien (vgl. BSG, Urt. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - aaO., Rn. 36). Eine Generalklausel könne z.B. zur Anwendung kommen, wenn sich überraschend Änderungen der Versorgungsstruktur in einer bestimmten Region ergeben, weil etwa einer von wenigen Vertragszahnärzten in einer Stadt unvorhergesehen aus der vertragszahnärztlichen Versorgung ausgeschieden sei. Die von diesem Zahnarzt bisher behandelten Patienten müssten dann kurzfristig auf andere Zahnarztpraxen ausweichen, was zwangsläufig zu einer von diesen Praxen nur eingeschränkt steuerbaren Erhöhung der Zahl der dort behandelten Patienten führen werde. Vergleichbares gelte für die Änderung der Behandlungsausrichtung einer zahnärztlichen Praxis im Vergleich zum Bemessungszeitraum, etwa wenn sich ein bisher allgemein zahnärztlich tätiger Vertragszahnarzt auf oral-chirurgische Behandlungen konzentriert und deshalb höhere Fallwerte erreiche (vgl. BSG, Urt. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - aaO. Rn. 23). Darauf reagierende Differenzierungen hinsichtlich der Festlegung der individuellen Bemessungsgrundlage seien nicht nur dann geboten, wenn ihr Unterlassen zur Existenzgefährdung zahnärztlicher Praxen führen würde. Ein Rechtsgrundsatz des Inhalts, dass sich auf eine Verletzung des Gebotes der Honorarverteilungsgerechtigkeit nur solche Vertrags(zahn)ärzte berufen können, bei denen die Anwendung der jeweils angegriffenen Honorarverteilungsregelung zu existenzbedrohenden Konsequenzen führen könnte, ist dem Vertrags(zahn)arztrecht fremd (vgl. BSG, Urt. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - aaO. Rn. 25).

Zur Erweiterung von Praxis- und Zusatzbudgets gemäß Nr. 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B, EBM 1996 im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs hat das BSG zur Auslegung des Begriffs "besonderer Versorgungsbedarf" entschieden, dass der besondere Versorgungsbedarf eine im Leistungsangebot der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung voraussetze, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl der Praxis habe. Dies erfordere vom Leistungsvolumen her, dass bei dem Arzt das durchschnittliche Punktzahlvolumen je Patient in dem vom Budget erfassten Bereich die Budgetgrenze übersteige und zudem, dass bei ihm im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit vorliegt, die zwar allein noch nicht ausreiche, aber immerhin ein Indiz für eine entsprechende Spezialisierung darstelle (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 22.03.2006 - [B 6 KA 80/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 12](#) = [GesR 2006, 363](#), juris Rn. 15 m.w.N.). Zu Erweiterungen der Zusatzbudgets nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr. 4.3 EBM 1996 hat das BSG ebf. entschieden, dies setze voraus, dass im Leistungsangebot der betroffenen Praxis eine Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Ausrichtung zum Ausdruck komme, die messbaren Einfluss auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden abgerechneten Punkte auf die Gesamtpunktzahl der Praxis habe (vgl. BSG, Urt. v. 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 1](#), juris Rn. 23; BSG, Urt. v. 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 31](#), juris Rn. 26 f.).

Die Beurteilung, ob ein Ausnahmefall vorliegt, unterliegt der uneingeschränkten gerichtlichen Nachprüfung. Der Beklagten steht insoweit kein - der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher - Beurteilungsspielraum zu. Es gelten dieselben Erwägungen wie zu den Ausnahmen von der Teilbudgetierung nach Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 (vgl. dazu BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 26](#)) und der Erweiterung der Praxis- und Zusatzbudgets (vgl. dazu BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 31](#)).

Ausgehend hiervon hält die Kammer zunächst die Ermächtigung des Vorstands der Beklagten für rechtmäßig. Die Kammer vermag aber keinen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Höhe des Honorars und Umfang des Regelleistungsvolumens zu erkennen. Die Fallpunktzahlen werden, KV-bezogen und nach Altersgruppen, anhand des artgruppenspezifischen Leistungsbedarfs in Punkten in den Quartalen II/03 bis I/04 und der Fallzahl berechnet. Der so ermittelte Fallwert für die in die Regelleistungsvolumina einbezogenen Leistungen wird mit dem Faktor 0,8 malgenommen, d. h. um 20 % vermindert (vgl. Anlage 2 zum Teil III BRLV). Im Ergebnis bedeutet dies, dass jeder Vertragsarzt nicht eigene Durchschnittswerte, sondern die seiner Honorargruppe zuerkannt bekommt. Damit gehen die Honorarregelungen von einem gleichförmigen Leistungsgeschehen aus, was im Grundsatz, da auf die Fachgruppen abgestellt wird, nicht zu beanstanden ist. Eine Ungleichbehandlung und damit ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit kann jedoch dann vorliegen, wenn die Praxis ein zur Fachgruppe atypischen Versorgungsbedarf abdeckt. Dies ist aber unabhängig von der Honorarhöhe oder evtl. erfolgten Ausgleichszahlungen nach Ziff. 7.5 HVV. Maßstab ist allein, wie bereits ausgeführt, ob im Leistungsangebot der betroffenen Praxis eine Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Ausrichtung zum Ausdruck komme, die messbaren Einfluss auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden abgerechneten Punkte auf die Gesamtpunktzahl der Praxis hat. Die Kammer hält es auch für unzulässig, den Vertragsarzt von vornherein darauf zu verweisen, er könne auf seine Spezialisierung verzichten. In der Konsequenz kann dies bedeuten, dass Spezialisierungen mit besonderen Praxisschwerpunkten nicht mehr gebildet werden können mit der weiteren Konsequenz, dass diese Leistungen nicht oder in nur ungenügendem Umfang erbracht werden. Auch unter einer sog. gedeckelten Gesamtvergütung hat das Honorar grundsätzlich der Leistung nachzufolgen und sich das Leistungsgeschehen nicht, zumindest nicht vordringlich an den Honoraranreizen zu orientieren.

Soweit die Honorarausstattung der einzelnen Honorar(unter)gruppen auf Basis der tatsächlich in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2004 erfolgten Honorarzahlen erfolgt, sodass in der Ermittlung der maßgeblichen RLV-Fallpunktzahlen das von der Arzt-/Fachgruppe der Fachärzte für Frauenheilkunde abgerechnete Honorarvolumen für die hier weiter streitigen Leistungen einbezogen ist, kann im Rahmen des Grundsatzes der Gleichbehandlung nur maßgebend sein, ob hier eine vergleichbare Streuung in der Fachgruppe vorhanden ist oder die Einzelpraxis signifikant hiervon abweicht.

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 macht 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 hat die Beklagte bereits im angefochtenen Widerspruchsbescheid dargelegt, dass der Kläger für ultraschalldiagnostische Leistungen im Quartal III/05 65.940 Punkte, das seien 6,2 % des Gesamtpunktzahlvolumens, für operative Leistungen 141.940 Punkte, das seien 13,3 % des Gesamtpunktzahlvolumens, abgerechnet hat. Dies gilt auch entsprechend für die Folgequartale. Von daher hält es die Kammer für zutreffend, dass die Überschreitung des Regelleistungsvolumens nicht ausschließlich auf diese Leistungen zurückgeführt werden kann. Wie die Erörterung in der mündlichen Verhandlung ergeben hat, beruht sie vielmehr auf einer erhöhten Leistungsanforderung in allen Bereichen. Die Beklagte hat ferner belegt, dass es sich bei den Fachärzten für Frauenheilkunde insofern um eine einheitliche Arztgruppe handelt, als diese Ärzte mehrheitlich operieren. Sie hat darauf hingewiesen, dass im Quartal III/05 insgesamt 752 Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Hessen zugelassen gewesen seien, von denen 446 von ihnen, knapp 60 %, eine Genehmigung zum ambulanten Operieren besessen hätten.

Die Kammer sieht es auch nicht als erwiesen an, dass der Kläger lediglich operativ tätig ist. So hat er im Quartal III/05 die Leistung nach Ziffer 01822 EBM 2005 (Beratung/Untersuchung zur Empfängnisregelung) 259 mal erbracht bzw. 85 mal auf 100 Behandlungsfälle. Ferner war der Kammer nicht ersichtlich, weshalb allein einer operativen Tätigkeit im Quartal III/05 870 Leistungen nach Ziffer 08220 EBM 2005, das entspricht 262 mal auf 100 Behandlungsfälle, mit einem Punktevolumen von 204.450 Punkten, geschuldet sein sollten.

Soweit der Kläger auf die Leistung nach Nr. 33044 EBM 2005 (Sonographische Untersuchung der weiblichen Genitalorgane mittels B-Mode-Verfahren) hinweist, so hat die Kammer bereits in der mündlichen Verhandlung mit den Beteiligten erörtert, dass nach der Frequenzstatistik diese Leistung in der klägerischen Praxis 41 und 113 mal, also insgesamt 146 mal, statistisch damit 46 mal auf 100 Behandlungsfälle erbracht wird. Demgegenüber wird sie in der Fachgruppe mit wenigstens 570 Praxen von insgesamt 584 Praxen mit einer Häufigkeit von 22 mal auf 100 Behandlungsfälle erbracht. Allein in einer etwa doppelt so hohen Abrechnung einer Einzelleistung kann aber ein atypischer Ausnahmefall nicht nachgewiesen werden.

Von daher konnte die Kammer dem Begehren im Hauptantrag, ihm ab dem III. Quartal sämtliche Ultraschalluntersuchungen zur Diagnostik sowie prä- und postoperativ bei operativen Eingriffen im Zusammenhang mit der Durchführung von Laparoskopien, Hysteroskopien und Brustoperationen außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten, nicht entsprechen und war der Hauptantrag abzuweisen.

Aus den gleichen Gründen war der erste Hilfsantrag, die Beklagte zu verurteilen, ihm eine entsprechende Erhöhung des Regelleistungsvolumens unter Beachtung der genannten Leistungen zu erkennen, abzuweisen.

Bei einer Neubescheidung ist die Beklagte lediglich verpflichtet, gegenüber dem Kläger festzustellen, dass die Leistungen einer besonderen Inanspruchnahme nach Ziffern 01100 bis 01110 EBM 2005 und dringende Hausbesuche nach Ziffern 01411 und 01412 EBM 2005 nicht dem Regelleistungsvolumen unterfallen.

Nach allem war der Klage nur im tenorierten Umfang stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 155 Abs. 1 Satz 1 VwGO](#). Wenn ein Beteiligter teils obsiegt, teils unterliegt, so sind die Kosten gegeneinander aufzuheben oder verhältnismäßig zu teilen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2011-02-07