

S 12 KA 1392/05

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 1392/05
Datum
20.02.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 33/08
Datum
10.02.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Es ist ermessensfehlerhaft, einer Kinderarztpraxis mit kinderkardiologischen Behandlungsfällen das Regelleistungsvolumen der internistischen Kardiologen als Ausnahmeregelung zuzugestehen, weil die sich hieraus ergebenden, für die Altersgruppen und Kassenbereiche unterschiedlichen Punktzahlen nicht begründet werden; ferner ist auf den Anteil der kinderkardiologischen Fälle einzugehen.
2. Bei einer Neubescheidung kann die Kassenärztliche Vereinigung berücksichtigen, dass die Regelleistungsvolumina selbst nur auf einer 80 %-Grundlage berechnet sind.
1. Unter Aufhebung des Bescheides vom 07.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.11.2005 wird die Beklagte verpflichtet, die Klägerin über ihren Antrag auf Zuerkennung einer Sonderregelung für das Regelleistungsvolumen in den Quartalen ab II/05 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.
2. Die Beklagte hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um den Regelleistungsvolumenansatz für die Quartale ab II/05.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxissitz in A-Stadt. Ihr gehören zwei Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin an. Sie sind seit 01.11.1990 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, zunächst mit Praxissitz in B-Stadt. Zum Oktober 2003 verlegten sie die Praxis nach A-Stadt. Dr. C übernahm einen entsprechenden Vertragsarztsitz. Dr. D erhielt aufgrund seiner Teilgebietsbezeichnung Kinderkardiologie eine Sonderbedarfszulassung für den Bereich Kinderkardiologie. Dr. C ist hausärztlich tätig. Das Honorar der Klägerin entwickelte sich wie folgt:

Quartal IV/04 II/05 III/05
Honorarbescheid vom 25.07.2005 29.06.2006 12.08.2006
Honorar PK+EK in EUR 139.231,73 136.852,22 123.026,08
davon nach Ziffer 7.5 HVV - - 1.033,13 (EK)
Fallzahl 2.378 2.337 2.092

Am 04.04.2005 beantragte die Klägerin eine Sonderregelung für die geplanten Regelleistungsvolumina ab dem Quartal II/05, da die kinderkardiologischen Leistungen eine geringere Patientenzahl mit einem höheren Leistungsumfang bedingten. Es bestehe ein erheblich höherer Anschaffungs- und Wartungsaufwand durch die teuren Geräte und ein höherer personeller Aufwand. Die kardiologischen Ziffern, die Briefziffern und die häufiger anfallenden Beratungsziffern dürften nicht im Regelleistungsvolumen berücksichtigt werden. Diese Leistungen würden fast ausschließlich durch Überweisung erbracht werden.

Mit Bescheid vom 07.07.2005 setzte die Beklagte für Dr. D unter Hinweis auf einen Vorstandsbeschluss das Regelleistungsvolumen des fachärztlich internistischen Bereiches mit dem Schwerpunkt Kardiologie mit den folgenden Punktzahlen fest:

- Für den Primärkassenbereich in der Altersgruppe 0 bis 5 Jahren 1370 Punkte
- Für den Primärkassenbereich in der Altersgruppe 6 bis 59 Jahren 1060 Punkte
- Für den Primärkassenbereich in der Altersgruppe 60 und älter Jahren 1611 Punkte

- Für den Ersatzkassenbereich in der Altersgruppe 0 bis 5 Jahren 1245 Punkte
- Für den Ersatzkassenbereich in der Altersgruppe 6 bis 59 Jahren 1253 Punkte
- Für den Ersatzkassenbereich in der Altersgruppe 60 und älter Jahren 1242 Punkte.

Den über diese Entscheidung hinausgehenden Antrag lehnte sie ab. Zur Begründung führte sie aus, der Vorstand habe im Hinblick darauf, dass die Vorgaben des EBM 2005 für niedergelassene fachärztlich tätige Kinderärzte die Vorlage besonderer Qualifikationen in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich vorsähen und bei Vorliegen einer der geforderten Qualifikationsnachweise bzw. auch Beschlüsse des Zulassungsausschusses zur fachärztlich kinderärztlichen Tätigkeit eine Abrechnungsberechtigung auch für ausgewählte fachinternistische Leistungen bestehe, den Beschluss gefasst, fachärztlich tätigen Kinderärzten bei der Bemessung des Regelleistungsvolumens in den jeweiligen Praxen das entsprechende Regelleistungsvolumen des fachärztlich internistischen Bereiches mit dem Schwerpunkt Kardiologie bei vorliegender zugelassenen Schwerpunktbezeichnung Kinderkardiologie zuzuerkennen. Eine generelle Herausnahme der kardiologischen Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen stehe die Regelung nicht vor, da die Leistungsbereiche für extrabudgetär und vorab zu vergütende Leistungen abschließend definiert seien und nicht einseitig geändert werden könnten. Grund hierfür sei, dass die einheitliche Kalkulationsbasis von 4,0 Cent je Punkt für das die Regelleistungsvolumina zu beachten sei.

Hiergegen legte die Klägerin am 23.07.2005 Widerspruch ein, weil das zugewiesene Regelleistungsvolumen zu einer existenzgefährdenden Kürzung führen würde. Die Arbeit eines Kinderkardiologen sei mit der eines Kardiologen nicht vergleichbar. Die Patientengruppe sei vom Säugling bis zum jungen Erwachsenen heterogener. Dies erfordere eine an die jeweilige Altersgruppe angepasste Technik. Der Aufwand sei bei Säuglingen und Kleinkindern größer. Die Krankheitsbilder, Beschwerden und Untersuchungsindikationen seien vollkommen verschieden. Zum Kinderkardiologen kämen die Patienten mit einer Herzmissbildung. Dies erfordere eine Ganzkörperuntersuchung, eine komplette kardiologische Untersuchung mit Ultraschall des Herzens und der Gefäße (fast in jedem Fall), ein ausführliches Gespräch mit den Eltern. Für den Kinderarzt sei ein individueller Arztbrief zu verfassen. Die kardiologische Patientenzahl liege bei 350 - 400 Patienten, die mittlere Punktzahl bei 3.400 - 3.600. Er beantrage die Zuerkennung eines Volumens von mindestens einer kompletten kinder-kardiologischen Untersuchung im Quartal. Es könnten weder die Patientenzahl noch der Untersuchungsaufwand beeinflusst werden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 02.11.2005, zugestellt am 09.11.2005, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie u. a. aus, die Gemeinschaftspraxis sei der Gruppe der vollzugelassenen hausärztlich tätigen Ärzte für Kinderheilkunde zugeordnet und damit der Honorargruppe A 2.2. Sie verglich die Punktzahlen für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie und der Gemeinschaftspraxis. Für den Zeitraum I bis IV/04 führte sie eine Analyse zu den spezifisch kinder-kardiologischen Leistungen im Verhältnis zum Abrechnungsumfang des alten EBM betreffend alle Kinderkardiologen der KV Hessen durch. Als Ergebnis stellte sie fest, die Gemeinschaftspraxis erbringe in allen herangezogenen Bereichen Leistungen. Sie sei nicht ausschließlich kinder-kardiologisch tätig. Die Fallwerte der kardiologischen Leistungen nach den Nrn. 602 bis 689 EBM 1996 lägen bei ca. 350 Punkten. Die Früherkennung mit 220 Punkten liege im Bereich der anderen Kinderkardiologen. Es gebe auch "Verdünnerrfälle". Die Fallpunktzahl sei als arithmetischer Mittelwert der Ärzte der Gemeinschaftspraxis zu ermitteln. Bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Praxen gebe es einen Zuschlag von 130 Punkten, der der Gemeinschaftspraxis ebf. zugekommen sei.

Hiergegen hat die Klägerin am 06.12.2005 die Klage erhoben. Zur Begründung ihrer Klage trägt die Klägerin ergänzend vor, für das Quartal II/05 habe sie keinen Widerspruch eingelegt. Die Abrechnung sei völlig unverständlich gewesen. Im Quartal II/05 seien 0,6 % der Leistungen aufgrund des Regelleistungsvolumens mit dem unteren Punktwert vergütet worden. Ein Widerspruch habe sich deshalb erübrigt. Im Quartal IV/05 seien 12 % mit dem unteren Punktwert vergütet worden; hier sei Widerspruch eingelegt worden. Es bedürfe eines Zusatz-Regelleistungsvolumens für kinder-kardiologische Leistungen in einem Umfang von 2.500 Punkten. Damit würde zumindest eine Herzuntersuchung bei allen Patienten bezahlt werden. In den Quartalen II bis IV/06 habe die Fallzahl in der Kinderkardiologie durchschnittlich 470 Fälle (430 - 536) im Quartal betragen. Die von ihr eingereichte Quartalsübersicht zeige, dass der Fallwert von Dr. C im Bereich der Pädiater liege und keine Punktausweitung auf Kosten des höheren kinder-kardiologischen Leistungsvolumens vornehme.

Die Klägerin beantragt, unter Abänderung des Bescheids vom 07.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbeseids vom 02.11.2005 die Beklagte zu verurteilen, sie hinsichtlich des Regelleistungsvolumenansatzes für kardiologische Leistungen ab dem Quartal II/05 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, Dr. D sei sowohl zur haus- als auch fachärztlichen Versorgungsebene zugelassen, Dr. C ausschließlich auf der hausärztlichen Versorgungsebene, weshalb die Klägerin der Honorargruppe A 2.2 zugeordnet sei. Nach dem HVV bestimme sich die Zuordnung nach dem Tätigkeitsschwerpunkt. Im Quartal II/05 seien 1.284.752 Punkte im hausärztlichen und 891.395 Punkte im fachärztlichen Versorgungsbereich angefordert worden. Der Bewertungsausschuss habe festgelegt, dass bei mehreren Gebietsbezeichnungen, von denen ein Gebiet der hausärztlichen Versorgungsebene zugeordnet sei, der Vertragsarzt insgesamt der hausärztlichen Versorgungsebene zuzuweisen sei. Dr. D sei der einzige Kinderarzt mit der Teilgebietsbezeichnung Kinderkardiologie im Planungsbereich A-Stadt. In einem Umkreis von 50 km seien noch drei weitere Kinderkardiologen tätig. Eine weitere Erhöhung des Regelleistungsvolumens würde voraussetzen, dass Dr. D ein über das Leistungsspektrum der Erwachsenenkardiologen hinausgehendes Leistungsspektrum aufweise. Die kardiologischen Fälle machten ferner, orientiert am kardiologischen Basiskomplex nach Ziffer 13550 EBM 2005, nur etwa 20 der Gesamtfallzahl aus.

Die Kammer hat mit den Beteiligten bereits am 29.08.2007 eine erste mündliche Verhandlung durchgeführt. Wegen des Ergebnisses wird auf die Sitzungsniederschrift verwiesen.

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

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

Die Klage ist auch begründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 07.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 02.11.2005 ist rechtswidrig und war daher aufzuheben. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 07.07.2005 in Gestalt des Widerspruchbescheides vom 02.11.2005 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 die Mitglieder der klagenden Gemeinschaftspraxis zu den entsprechenden Arztgruppen gehören.

Im Einzelnen bestimmt Ziffer 6.3 HVV:

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

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

alternativ

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

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

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

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

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

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

Für die Bildung des Regelleistungsvolumens einer Praxis im Abrechnungsquartal gilt im Übrigen eine Fallzahlobergrenze in Höhe von 200% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal. Überschreitet eine Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal diese Fallzahlobergrenze, tritt diese anstelle der praxisindividuellen Fallzahl bei der Ermittlung des praxispezifischen Regelleistungsvolumens. Dabei bestimmt sich im Falle von Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten, die keiner Leistungsbeschränkung unterliegen, die Fallzahlobergrenze aus den arztgruppenbezogenen durchschnittlichen Fallzahlen im entsprechenden Vorjahresquartal je in der Gemeinschaftspraxis tätigen Art bzw. Psychotherapeuten.

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

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

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

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

Nach § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung v. 20.12.1988, [BGBl. I S. 2477](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) v. 14.11.2003, [BGBl. I S. 2190](#) mit Gültigkeit ab 01.01.2005 (SGB V), verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73) ([§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an; für die Vergütung der im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am 31. Dezember 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab angewandt ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen ([§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)). Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten ([§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden ([§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen ([§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#)). Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina) ([§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#)). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird ([§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#)). Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung ([§ 85 Abs. 4 Satz 9 SGB V](#)). Die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 4a Satz 1 getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Vereinbarungen nach Satz 2 ([§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#)). Dabei bestimmt nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) der Bewertungsausschuss Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind; er bestimmt ferner, erstmalig bis zum 29. Februar 2004, den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4](#), 6, 7 und 8 SGB V zu treffenden Regelungen.

Der Bewertungsausschuss ist seinen Regelungsverpflichtungen nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) u. a. durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) mit Wirkung zum 1. Januar 2005 (Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 46 vom 12.11.2004, Seite A-3129 = B-2649 = C-2525) (im Folgenden: BRLV) nachgekommen. Darin bestimmt er, dass Regelleistungsvolumina gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) arztgruppenspezifische Grenzwerte sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum (Arzt-Abrechnungsnummer) im jeweiligen Kalendervierteljahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (ggf. jeweils) vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten sind. Für den Fall der Überschreitung der Regelleistungsvolumen ist vorzusehen, dass die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergüten ist (III.2.1 BRLV). Für die Arztpraxis oder das medizinische Versorgungszentrum, die bzw. das mit mindestens einer der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sind im Honorarverteilungsvertrag nachfolgende Regelleistungsvolumina zu vereinbaren, für die dieser Beschluss die Inhalte der Regelungen vorgibt (III.3.1 Abs. 1 BRLV). Die in 4. aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen unterliegen nicht den Regelleistungsvolumina (III.3.1 Abs. 4 BRLV).

Die hier insbesondere strittigen kardiologischen Leistungen gehören nicht zu den unter III.4 BRLV aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die nicht den Regelleistungsvolumina unterliegen.

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 Kinderheilkunde und Jugendmedizin genannt. Entsprechend hat der HVV auch die Fach(unter)gruppe A 2.2 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.

Wann ein solcher Ausnahmefall aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung vorliegt, wird weder im HVV noch im Beschluss des Bewertungsausschusses noch in den gesetzlichen Regelungen bestimmt und ist daher durch Auslegung zu konkretisieren.

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

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

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

Diese Regelungen werden von der Klägerin letztlich nicht angegriffen. Sie 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, nur unzureichend Gebrauch gemacht.

Zutreffend ist die Beklagte aufgrund des besonderen Leistungsspektrums der Klägerin von einem Sonderfall ausgegangen. Nach dieser Ermächtigung ist der Vorstand verpflichtet, bei Vorliegen von Sicherstellungsgründen sein Ermessen im Hinblick auf eine Sonderregelung auszuüben. Dies hat die Beklagte im Grundsatz nicht verkannt. Nach Auffassung der Kammer hat die Beklagte von ihrem Ermessen aber fehlerhaft Gebrauch gemacht (vgl. auch SG Marburg, Urt. v. 06.02.2008 - [S 12 KA 1271/05](#) -; Urt. v. 20.02.2008 - [S 12 KA 766/06](#) -).

Die Beklagte hat der Klägerin im Ergebnis das Regelleistungsvolumen der internistischen Kardiologen zugestanden. Dies führt zu erheblichen Unterschieden in den beiden Kassenbereichen und auch innerhalb der Altersgruppen, ohne dass dies die Beklagte begründet hätte. Die Klägerin hat bei nahezu allen kinderkardiologischen Patienten einen ähnlichen Behandlungsablauf, unabhängig davon, zu welchem Kassenbereich die Patienten gehören und welcher Altersgruppe sie zugehören. Die Unterschiede, die sich bei der Bildung der Regelleistungsvolumina ergeben, beruhen auf der statistischen Berechnungsart. Im Rahmen einer Sonderregelung können diese nicht ohne Darlegung der Gründe übertragen werden. Von einer einfachen Vergleichbarkeit kinderärztlicher und internistischer Kardiologen geht offensichtlich auch die Beklagte nicht aus, sonst hätte sie das Regelleistungsvolumen im Fall eines anderen Kinderkardiologen, bei der Kammer anhängig gewesen unter Az.: [S 12 KA 1271/05](#), nicht verdoppeln können. Die schematische Vorgehensweise der Beklagten ist der Kammer auch aus dem Verfahren einer weiteren kinderkardiologischen Praxis, Az.: [S 12 KA 766/06](#) bekannt, das die Kammer parallel verhandelt und entschieden hat. Beide Praxen haben unterschiedliche Anteile an kinderkardiologischen Behandlungsfällen - die klägerische

Praxis hat hier, was mit den Beteiligten in der mündlichen Verhandlung im Einzelnen erörtert wurde, einen Anteil von annähernd 20 %, jene von annähernd 33 bis 37 % -, dennoch hat die Beklagte beiden Praxen schematisch das Regelleistungsvolumen der internistischen Kardiologen zugestanden, ohne dass die Gründe hierfür aus den Ermessensdarlegungen hinreichend dargelegt worden wären. Die Beklagte wird daher die Punktzahlen für die Klägerin im Einzelnen zu begründen haben.

Die Beklagte kann bei ihrer Ermessensausübung zunächst die auf der Grundlage des Schwerpunkts im einzelnen Behandlungsfall notwendigerweise zu erbringenden Leistungen erfassen und den Regelleistungsvolumina gegenüber stellen. Hierzu gehört auch die Ziffer 33075 EBM 2005, soweit sie als Leistung neben der Ziffer 33073 EBM 2005 erbracht wurde, da letztere nicht Inhalt des kardiologisch-diagnostischen Komplexes nach Nr. 13550 EBM 2500 ist. Nicht zu berücksichtigen ist der Arztbrief nach Nr. 01601 EBM 2005, auch wenn die Beklagte bisher diese Leistung entgegen den Vorgaben im BRLV in die Regelleistungsvolumina einbezieht, was die Kammer für rechtswidrig hält (vgl. SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 - [S 12 KA 49/07](#) -). Die Einzelleistungen können nach ihrer Abrechnungshäufigkeit gewichtet werden. Die Beklagte kann weiter berücksichtigen, dass die Regelleistungsvolumina selbst nur auf einer 80 %-Grundlage, die dem Ausgleich anderer Regelungen, Stützungsmaßnahmen und von der Rechtsprechung geschütztem Wachstum sog. junger oder kleinen Praxen geschuldet ist, berechnet sind, d. h. dass Überschreitungswerte der Regelleistungsvolumina um 25 % dieser Berechnungsweise innewohnt und bereits von daher nicht zu einer Erhöhung des Regelleistungsvolumens führen müssen. Die Beklagte kann aber auch entsprechend der Berechnung nach Anlage 2 zum Teil III BRLV den praxisspezifischen Leistungsbedarf der klägerischen Praxis in Punkten in den Quartalen II/03 bis I/04 und der Fallzahl berechnen und den so ermittelten Fallwert für die in die Regelleistungsvolumina einbezogenen Leistungen mit dem Faktor 0,8 malnehmen. Wie die Fachgruppe würde der Leistungsbedarf der klägerischen Praxis anhand der genannten Referenzquartale ermittelt werden. Aufgrund des besonderen Versorgungsbedarfs wäre dann aber der Leistungsbedarf der klägerischen Praxis maßgebend. Im Rahmen der Gleichbehandlung wäre der so ermittelte Bedarf ebf. mit dem Faktor 0,8 malzunehmen, da auf diese Weise eine Punktwertstabilisierung erreicht werden soll. Sollte sich erweisen, dass bei der Fachgruppe insgesamt weniger als 80 % der Leistungen berücksichtigt werden, so kann die Beklagte dies bei der Sonderregelung ebf. berücksichtigen. In jedem Fall wird die Beklagte auch darzulegen haben, von welchem Anteil kinderkardiologischer Fälle sie ausgeht und wird entsprechend diesen Anteil zu gewichten haben, wenn sie das Regelleistungsvolumen für alle Behandlungsfälle erhöht.

Nach allem war der Klage daher 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

2010-03-05