

## L 4 KA 28/08

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
Hessisches LSG  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung

4  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 249/07  
Datum

06.02.2008  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 28/08  
Datum

17.03.2010  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 18/10 R  
Datum

29.06.2011  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Bei der Entscheidung des Vorstands der KV Hessen gem. Ziffer 6.3 letzter Absatz HVV 2005, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogene Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 vorzunehmen, steht diesem ein Beurteilungsspielraum zu.

2. Von einer Sicherstellung der ärztlichen Versorgung kann nur ausgegangen werden, wenn es für die Versicherten unter Berücksichtigung der festgestellten Nachfrage nach den streitgegenständlichen ärztlichen Leistungen entweder im Planungsbereich selbst oder zumindest in den unmittelbar angrenzenden Planungsbereichen eine in zumutbarer Zeit erreichbare ausreichende Zahl von Behandlern gibt, die in der Lage wären, die notwendige Versorgung mit solchen Leistungen zeitnah sicherzustellen.

3. [Art. 12 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) erfordert eine Ausnahme vom Regelleistungsvolumen außer für den im HVV 2005 geregelten Fall einer Sicherstellungsproblematik auch dort, wo sich innerhalb einer Arztgruppe bereits vor Inkrafttreten der Regelungen über die Regelleistungsvolumina Ärzte mit Leistungen in zulässiger Weise spezialisiert hatten und dieses spezifische Leistungsangebot durch das Regelleistungsvolumen der Fachgruppe, der sie zugeordnet sind, nicht leistungsangemessen abgedeckt wird.

zulässiger Weise spezialisiert hatten und dieses spezifische Leistungsangebot durch das Regelleistungsvolumen der Fachgruppe, der sie zugeordnet sind, nicht leistungsangemessen abgedeckt wird.

Bemerkung

verb. m. [S 12 KA 252/07](#)

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 6. Februar 2008 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat die Verfahrenskosten auch des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert wird auf 5.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Zuerkennung einer Sonderregelung für das Regelleistungsvolumen in den Quartalen II/05 bis II/06.

Die Klägerin ist eine seit dem 1. Januar 2003 bestehende Gemeinschaftspraxis in A Stadt im Landkreis ZZ. (Enddarmzentrum ZZE.). Dr. med. F. war bis zum 28. April 2003 als Facharzt für Allgemeinmedizin hausärztlich tätig und ist gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses seit dem 29. April 2003 zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung für das Fachgebiet Chirurgie zugelassen. In diesem Zusammenhang wurde ihm die Abrechnungsgenehmigung u.a. für die Leistungen nach den Ziffern 01740 bis 01742 und 30600 und 30601 EBM 2000plus erteilt. Dr. med. G. und Dr. med. H. sind als Fachärzte für Chirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie sind berechtigt, Leistungen aus Kapitel 30.6 EBM 2000plus (Proktologie) abzurechnen. Dr. med. H. ist ferner berechtigt, Koloskopien abzurechnen. Dr. med. I. ist als Facharzt für Allgemeinmedizin zugelassen und nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Er ist berechtigt, Leistungen nach den Ziffern 30610 und 30611 EBM 2000plus (Behandlung und Entfernung von Hämorrhoiden) und proktologische/ rektoskopische Untersuchungen nach den Ziffern 03331 EBM 2000plus sowie den Zuschlag zu dieser Leistung für die

Polypentfernung nach der Ziffer 03332 EBM 2005 abzurechnen, die im Leistungsinhalt den Ziffern 30600 und 30601 EBM 2005 entsprechen.

Mit Schreiben vom 23. Mai 2005 und 30. Januar 2006 beantragte die Klägerin eine Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens für das Quartal II/05; für die Quartale ab III/05 wurde mit Schreiben vom 24. November 2006 ein entsprechender Antrag gestellt. Die Klägerin verwies auf die entsprechende Problematik bei ihrem Kooperationspartner in AAB., der Praxis Dres. J. und K. und die sich aus ihrem Status als spezialisiertes Kompetenzzentrum für die Behandlung von Dick- und Enddarmkrankungen ergebe. In der Vergangenheit sei ihnen im Rahmen des Praxisbudgets eine Sonderregelung zugestanden worden, die eine hundertprozentige Anerkennung der Honorarforderung der proktologischen Leistungen beinhaltet habe; der Fallwert habe im Schnitt ca. 1.600 Punkte betragen. Demgegenüber werde das zugestandene Regelleistungsvolumen für allgemein chirurgische Leistungen zu erheblichen Honorarverwerfungen führen. Die Leistungen nach den Ziffern 30600, 30610 und 30611 würden im Zulassungsbereich ansonsten nur von wenigen Kollegen erbracht, deren Anteil an der Versorgung als eher gering einzuschätzen sei. Der Aspekt der Sicherstellung habe auch einen qualitativen Aspekt. Die Indikationsstellung zur konservativen Therapie proktologischer Erkrankungen werde umso effizienter und vermeide Therapieverschleppungen, wenn im gleichen spezialisierten Zentrum auch das Spektrum der operativen Verfahren überblickt und bereitgestellt werde. Für die Therapiesicherheit spiele die Erfahrung in der Methode eine wesentliche Rolle.

Die Praxis der Klägerin hatte im Quartal II/05 3.217 Fälle abgerechnet, woraus sich bei einem Punktwert von 939,2 Punkten ein praxisbezogenes Regelleistungsvolumen von 3.021.406,4 Punkten ergab; die Klägerin hatte demgegenüber 5.764.932,0 Punkte abgerechnet. Im Quartal III/05 waren 3.197 Fälle mit einem Fallpunktwert von 935,9 Punkten zu berücksichtigen, woraus sich ein praxisbezogenes Regelleistungsvolumen von 2.992.072,3 Punkten ergab gegenüber abgerechneten 5.804.089,5 Punkten. Im Quartal IV/05 waren 3.271 Fälle mit einem Fallpunktwert von 936,0 Punkten zugrunde zu legen. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen betrug damit 3.061.656,0 Punkte gegenüber von der Klägerin abgerechneter 5.805.041,0 Punkte. Entsprechende hohe Überschreitungen des Regelleistungsvolumens waren auch für die Folge quartale festzustellen.

Ferner ermittelte die Beklagte, dass in den Quartalen II/05 und III/05 im Bereich der Bezirksstelle ZZ. von allen chirurgischen Praxen proktologische Leistungen wie folgt abgerechnet worden waren:

Ziffer 30600 EBM 2000plus 5993/4997mal, davon Klägerin 4105/4247mal (69/85 %)

Ziffer 30610 EBM 2000plus 2590/2608mal, davon Klägerin 2122/2235mal (82/85,7 %)

Ziffer 30611 EBM 2000plus 1603/1535mal, davon Klägerin 1379/1375mal (86/89,6 %)

Mit Bescheid vom 25. September 2006 lehnte die Beklagte den Antrag für das zweite Quartal 2005 und mit Bescheid vom 8. Januar 2007 auch für die Quartale ab III/05 ab. Zur Begründung führte sie aus, die Gemeinschaftspraxis sei abrechnungstechnisch den voll zugelassenen Chirurgen (VfG-VTG 17-00) zugeordnet. In den vorangegangenen Quartalen III/03 bis II/04 sei auf der Grundlage des seinerzeit gültigen Honorarverteilungsmaßstabes eine Sonderregelung gewährt worden. Die Leistungen des ehemaligen bedarfsabhängigen Zusatzbudgets "Proktologie" seien für die Quartale III/03 und IV/03 vollständig anerkannt worden. Die Honorarforderung aus dem Quartal IV/03 sei für das Quartal I/04 und aus dem Quartal III/03 für das Quartal II/04 als Bemessungsgrundlage zugrunde gelegt worden. Für die Quartale III/04 bis I/05 sei diese Sonderregelung insoweit fortgeführt worden, als das Quartal III/03 als Vergleichsbasis für das Quartal III/04 und das Quartal IV/03 als Vergleichsbasis für das Quartal IV/04 und I/05 herangezogen worden sei. Gemäß Ziffer 6.3 des Honorarverteilungsvertrages bestimme sich das im aktuellen Abrechnungsquartal gültige praxisindividuelle (fallzahlabhängige) Regelleistungsvolumen einer Praxis im Grundsatz aus der Multiplikation der im aktuellen Quartal ermittelten durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der relevanten Fallzahlen in die verschiedenen Altersklassen. Bei Gemeinschaftspraxen bestimme sich die Höhe der in der einzelnen Altersklasse zutreffenden Fallpunktzahl als arithmetischer Mittelwert aus der Fallpunktzahl der in der Gemeinschaftspraxis vertretenen Ärzte verbunden mit einer Zuschlagsregelung. Die Zuordnung zu einer der in der Anlage 6.3 des Honorarverteilungsvertrages aufgeführten Arzt- bzw. Facharztgruppen richte sich wiederum nach dem Fachgebiet, für das der Arzt vertragsärztlich zugelassen sei. Die praxisindividuellen Fallpunktzahlen für das Regelleistungsvolumen ergäben sich somit - unter Berücksichtigung der Anzahl der Mitglieder der Gemeinschaftspraxis - aus dem Mittelwert der arzt- bzw. facharztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen der Allgemeinmediziner und Chirurgen, zuzüglich eines Zuschlages von 130 Punkten:

Primärkassen Ersatzkassen

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

RLV-Fallpunkte 663 871 1.188 592 775 1.013

Die das Regelleistungsvolumen überschreitende Honoraranforderung werde noch zu einem unteren Punktwert vergütet. Der Vorstand habe in einem Grundsatzbeschluss festgelegt, dass Sonderregelungen nur aus Gründen einer absoluten Sicherstellungsproblematik gewährt werden könnten. Maßgeblich für die Beurteilung sei dabei, ob im Umkreis von 50 km zur Praxis ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden, die die streitgegenständlichen Leistungen erbrächten und abrechneten. Entsprechend dieser Vorgaben seien in die Überprüfung alle Fachgruppen einzubeziehen, welche die entsprechenden proktologischen Leistungen berechtigterweise erbrächten und abrechneten. Eine Überprüfung der Versorgungssituation habe ergeben, dass im Planungsbereich des Landkreises ZZ. weitere Fachärzte niedergelassen seien, welche die streitgegenständlichen proktologischen Leistungen berechtigterweise abrechneten; eine Sicherstellungsproblematik sei nicht festzustellen. Die Abrechnung der proktologischen Leistungen an sich rechtfertige keine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen. Die Honorarausstattung orientiere sich an den tatsächlichen in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2004 erfolgten Honorarzahllungen. Die proktologischen Leistungen seien berücksichtigt worden. Eine Prüfung der Praxis habe ergeben, dass die proktologischen Leistungen nach den Ziffern 30600 bis 30611 EBM 2000plus sehr häufig erbracht würden. Der Vorstand habe allerdings beschlossen, dass Ausnahmeregelungen zum Regelleistungsvolumen nicht zugestimmt werden könne, wenn Honorarverwerfungen, bedingt durch die Einführung des EBM 2000plus, bereits durch einen Auffüllbetrag im Rahmen der Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV Berücksichtigung gefunden hätten. In den Quartalen III/05 und IV/05 sei es zu einem Auffüllbetrag gekommen, da die aktuellen Fallwerte mehr als 5 % von den Referenzfallwerten der entsprechenden Quartale III/01 und IV/04 nach unten abgewichen seien.

Gegen diese Bescheide legte die Klägerin (am 13. Oktober 2006 bzw. 2. Februar 2007) fristgerecht Widerspruch ein. Die Klägerin verwies darauf, dass die Regelleistungsvolumina den Durchschnitt der Fachgruppe abbildeten und keine Leistungsschwerpunkte berücksichtigten. Sie führe keine D- oder H-Arztverfahren durch, was bei chirurgischen Praxen mehr als 40% des Gesamtumsatzes ausmache. Ihre Versorgung der gesamten konservativen Proktologie nach Ziffern 30600, 30610 und 30611 EBM 2005 sowie viele der kleinen ambulanten

Notfallversorgungen seien im Regelleistungsvolumen subsumiert, was in der Gesamtheit zur Honorierung von durchschnittlich 45-47 % der Leistungen aus dem Kapitel 4.0 zum unteren Punktwert führe; das sei wirtschaftlich nicht durchzuhalten. Für den Ordinationskomplex nach 07211 oder 07212, den proktologischen Basiskomplex nach 30600 und Berichtspflicht nach 01601 als obligate Leistungen würden bereits 800 oder 825 Fallpunkte benötigt. Jede kleine operative Maßnahme außerhalb des Rahmenvertrages ambulantes Operieren oder jede konservative Behandlungsmaßnahme nach 30610 oder 30611 übersteige bereits das Regelleistungsvolumen mit durchschnittlich 939 oder 935 Punkten. Andere chirurgische Praxen hätten eine wesentlich geringere Zahl an spezifischen Leistungen pro Behandler. Sie behandelten Enddarmkrankungen in allen Erscheinungsformen und Schweregraden, beginnend bei den konservativen Behandlungen über die kleinen chirurgischen Eingriffe, die ambulanten Operationen nach dem Strukturvertrag ambulantes Operieren bis hin zu vollstationären komplizierten Operationen in der Universitätsklinik ZZ./AAB. im Rahmen eines Dienstleistungsvertrages. Dieses sehr spezialisierte Spektrum führe zu einer größeren Diagnose- und Therapiesicherheit für die Patienten und vermeide die Verschleppung notwendiger operativer Maßnahmen als Folge eines falschen Therapiekonzeptes.

Mit Widerspruchsbescheiden vom 10. Mai 2007 wies die Beklagte die Widersprüche als unbegründet zurück. Sie legte im Einzelnen dar, wie in den streitbefangenen Quartalen die das Regelleistungsvolumen überschreitenden Punktzahlvolumina ermittelt worden waren. Zum Abrechnungsumfang bezüglich der proktologischen Leistungen führte sie aus, die Ziffern 30600, 30610 und 30611 machten im Zeitraum II/05 bis II/06 zwischen 19,9 % und 25,5 % Anteil am Gesamt-Punktzahlvolumen der Klägerin aus. Der Honorarverteilungsvertrag sehe eine generelle Herausnahme der Leistungen nach den Ziffern 30600, 30610 und 30611 EBM 2000plus nicht vor. Die Leistungsbereiche für extrabudgetär und vorab zu vergütende Leistungen seien abschließend definiert und könnten somit nicht mehr einseitig geändert werden. Die streitgegenständlichen Leistungen könnten von ihrer Berechnung her durchaus mit den für die Praxis ausgewiesenen Fallpunktzahlen durchgeführt werden. Ferner wies sie auf die Auffüllbeträge nach Ziffer 7.5 HVV hin.

Gegen beide Widerspruchsbescheide hat die Klägerin am 5. Juni 2007 Klage erhoben und beantragt, ihr eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen für die Quartale II/05 bis II/06 zuzuerkennen. Das Sozialgericht hat beide Verfahren zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung miteinander verbunden.

Die Klägerin hat ausgeführt, aufgrund ihrer Sondersituation bedürfe sie einer Ausnahmeregelung. Ihr spezifisches Leistungsspektrum finde in dem ihr zugewiesenen Regelleistungsvolumen keine Abbildung. Im Zulassungsbereich des Landkreises ZZ. erbringe sie die proktologischen Leistungen zu über 80 %. Bereits dies belege ihre Ausnahmestellung bezüglich der proktologischen Tätigkeiten. Die 5 %-Regelung bei Honorarverwerfungen dürfe bezüglich des Regelleistungsvolumens nicht berücksichtigt werden, zumal es sich um eine Übergangsregelung handle. Zur Berechnung des proktologischen Anteils müssten die Ordinationsziffer oder Konsultationsziffer einbezogen werden, ferner die Ziffer 03331 durch ihr Mitglied Dr. I., die auf der hausärztlichen Seite das Pendant zu Ziffer 30600 im fachärztlichen Bereich sei. Die Ziffer 30600 sei notwendigerweise mit einem Arztbrief gekoppelt nach Ziffer 01601. So gerechnet ergebe sich für das Quartal III/05 ein Anteil von 35,18 % für die Proktologie. Mit Einbeziehung der Endoskopie liege der Anteil weit über 60 % des gesamten Leistungsvolumens. Der von der Beklagten zur Prüfung der Sicherstellung gewählte Radius von 50 km sei willkürlich gewählt. Bei den hierdurch einbezogenen Praxen handle es sich auch nicht um vergleichbare proktologische Spezialisten. Die Proktologie sei nicht an eine bestimmte Fachgruppe gebunden. Der Bewertungsausschuss habe deshalb die Proktologie nicht als eigene Form der ärztlichen Betätigung bei der Festlegung bzw. Berechnung der Fallpunktzahlen festlegen können. Aus diesem Grund müsse dem besonderen Versorgungsbedarf im Rahmen des HVV Rechnung getragen werden.

Die Beklagte hat vorgetragen, sie habe die Honorarforderungen nach dem Regelleistungsvolumen aufgrund des Honorarverteilungsvertrages berechnet. Ein Sicherstellungsproblem bestehe nicht. In einer Entfernung von 22 km befinde sich eine Gemeinschaftspraxis mit mehreren Internisten, in einer Entfernung von rund 12 km ein Internist, in 48 km eine Gemeinschaftspraxis mit mehreren Internisten. Ein Facharzt für Chirurgie sei in einer Entfernung von rund 12 km, ein weiterer in einer Entfernung von 30 km und wiederum ein Chirurg in einer Entfernung von 38 km tätig. Zwei Chirurgen in einer Gemeinschaftspraxis seien in einer Entfernung von 43 km niedergelassen. Zwei Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten befänden sich in einer Entfernung von 32 km, eine weitere Gemeinschaftspraxis mit zwei Ärzten in einer Entfernung von rund 24 km, ein einzelner Arzt sei in einer Entfernung von 43 km tätig. Für eine Schwerpunkttätigkeit auf dem Gebiet der Proktologie sei es erforderlich, dass die proktologischen Leistungsziffern 30% an der Gesamtpunktzahlanforderung ausmachen; tatsächlich liege der Anteil der Klägerin aber darunter. Auch sei es zu Auffüllungen mit Ausnahme des Quartals II/06 nach Ziffer 7.5 HVV gekommen. Die eigentlichen chirurgischen Leistungen seien auch punktzahlreicher als die proktologischen. Die Klägerin habe auch im Quartal II/05 im Schnitt etwa 15 % mehr Fälle abgerechnet als ein Facharztkollege, in den darauf folgenden Quartalen seien es sogar 20 % und mehr. Damit sei die Überschreitung der Fallpunktzahlen wohl auch auf diesen Umstand zurückzuführen. Wegen des geltend gemachten fachärztlichen Schwerpunktes seien hausärztliche Leistungen wie Ziffer 03331 EBM 2000plus nicht zu berücksichtigen. Der Ordinations- und Konsultationskomplex seien unabhängig von einem Schwerpunkt. Der Arztbrief nach Ziffer 01601 EBM 2000plus falle nur bei Überweisungen an. Bei Reduzierung der proktologischen Leistungen sei eine Gefährdung der Sicherstellung nicht zu besorgen.

Mit Urteil vom 30. Januar 2008 hat das Sozialgericht die angegriffenen Bescheide der Beklagten aufgehoben und diese zur Neubescheidung verurteilt; im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Die angegriffenen Bescheide seien rechtswidrig. Allerdings seien die Regelungen in Ziffer 6.3 des HVV, soweit für die Kläger maßgeblich, rechtmäßig, insbesondere mit den gesetzlichen Vorschriften in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vereinbar. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz habe der Gesetzgeber die sog. Regelleistungsvolumina verbindlich vorgegeben. Dadurch solle erreicht werden, dass die von den Ärzten erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Grenzwert mit festen Punktwerten vergütet würden und den Ärzten insoweit Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihrer Praxisumsätze und -einkommen gegeben werde. Leistungen, die den Grenzwert überschritten, sollten mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werden, um der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung zu tragen und den ökonomischen Anreiz zur übermäßigen Mengenausweitung zu begrenzen. Ausgehend von den sich daran orientierenden Vorgaben im HVV habe die Beklagte das Regelleistungsvolumen und insbesondere die arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen zutreffend berechnet. Die Beklagte habe aber verkannt, dass im Fall der Kläger ein Fall vorliege, bei dem der Vorstand der Beklagten nach Ziffer 6.3 letzter Absatz HVV ermächtigt sei, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung praxisbezogene Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen vorzunehmen. Damit sei der Vorstand zu Ausnahmeregelungen ermächtigt, und zwar nicht nur in Fällen echter Härte, sondern generell bei atypischen Versorgungssituationen. Eine Ungleichbehandlung und damit ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit könne dann vorliegen, wenn die Praxis einen zur Fachgruppe atypischen Versorgungsbedarf abdecke. Dies sei unabhängig von der Honorarhöhe oder eventuellen

Ausgleichszahlungen nach Ziffer 7.5 HVV zu beurteilen. Maßgeblich sei allein, ob im Leistungsangebot der betroffenen Praxis eine Spezialisierung oder eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Ausrichtung zum Ausdruck komme, die messbaren Einfluss auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden abgerechneten Punkte bezogen auf die Gesamtpunktzahl der Praxis habe. Die Kammer halte es für unzulässig, den Vertragsarzt von vornherein darauf zu verweisen, er könne auf seine Spezialisierung verzichten, denn dies könne in der Konsequenz bedeuten, dass Spezialisierungen mit besonderen Praxisschwerpunkten nicht mehr gebildet werden könnten mit der weiteren Konsequenz, dass diese Leistungen nicht oder nur in ungenügendem Umfang erbracht würden. Bei der Feststellung der Sicherstellungsgründe komme es entgegen der Auffassung der Beklagten nicht allein auf die Versorgung im Umkreis einer Praxis an, sondern maßgebend sei der Versorgungsschwerpunkt der Praxis. Mit der Erbringung der Leistungen durch die Praxis werde zunächst der Bedarf dokumentiert, soweit eine Fehlrechnung oder Unwirtschaftlichkeit ausgeschlossen werden könne. Der mit einer Spezialisierung einhergehende vermehrte Zulauf von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern könne gerade auch Ausdruck der Qualität und des Rufs der Praxis sein. Allerdings sei zu berücksichtigen, dass nicht jede im Vergleich zur Fachgruppe vermehrte Erbringung von Einzelleistungen oder Leistungsgruppen oder Spezialisierung einen Ausnahmefall begründen könne, da dann die Regelleistungsvolumina ihren Zweck der Kalkulationssicherheit nicht mehr erfüllen könnten. § 85 Abs. 4 und 4a SGB V enthalte keine Vorgaben für differenzierte Ausnahmen und gebe insoweit die Tendenz einer Nivellierung des Leistungsgeschehens vor, weshalb es nicht zu beanstanden sei, dass weder der Bewertungsausschuss noch der HVV ein den früheren Zusatzbudgets vergleichbares Instrumentarium vorsähen. Ein zu berücksichtigender Ausnahmefall liege aber bei einer eindeutigen Schwerpunktpraxis wie im Fall der Klägerin vor. Die Kammer hat mit den Beteiligten das Leistungsgeschehen der Praxis erörtert. Beispielhaft habe die klägerische Praxis, bezogen auf alle im Regelleistungsvolumen angeforderten Leistungen und ohne Berücksichtigung der Ziffer 03331 EBM 2000plus, in den Quartalen III und IV/05 33,2 % bzw. 32,7 % der Leistungen im Bereich der Proktologie und weitere 31,9 % bzw. 34,5 % im Bereich der Koloskopie erbracht. Zusammengenommen betrage dieser Leistungsanteil 65,1 % bzw. 67,2 %. Bezogen auf das angeforderte Honorar insgesamt ergäben sich im Bereich der Proktologie Anteile von 23,8 % bzw. 22,0 % und im Bereich der Koloskopie von 22,8 bzw. 22,3 %, zusammen von 46,6 % bzw. 45,3 %. Aus der Frequenzstatistik werde deutlich, dass die Vergleichsgruppe nicht annähernd dieses Leistungsspektrum aufweise. Ein ähnliches Bild sei auch in den übrigen Quartalen festzustellen. Aufgrund dieses Praxisschwerpunkts sei daher von einem Ausnahmefall (Patientenstruktur mit fast ausschließlich proktologischen Krankheitsbildern, bei denen auch vermehrt koloskopische Leistungen anfielen) auszugehen, da eine Unwirtschaftlichkeit bisher nicht festgestellt worden sei, wenn auch der fachkundig mit zwei Ärzten besetzten Kammer die Häufung der Ziffern 30610 und 30611 EBM 2000plus auffalle, die statistisch zusammen auf 100 Behandlungsfälle mehr als 110 mal abgerechnet würden, wobei die Kammer davon ausgehe, dass diese Leistungen nur im Ausnahmefall am selben Patienten erbracht werden könnten. Die Beklagte werde daher zu prüfen haben, ob und ggf. in welchem Umfang sie das Regelleistungsvolumen erhöhe. Ein unmittelbarer Anspruch auf Erhöhung des Regelleistungsvolumens bestehe dagegen nicht, weshalb die Klage im Hauptantrag keinen Erfolg gehabt habe.

Gegen das ihr am 15. Februar 2008 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 13. März 2008 Berufung eingelegt.

Sie meint, es sei bereits nicht nachvollziehbar, wie das Sozialgericht zur Feststellung eines Versorgungsschwerpunktes der klägerischen Praxis gekommen sei. Der Anteil der proktologischen wie auch der koloskopischen Leistungen erreiche nicht 30 % an der Gesamtpunktzahl. Im Übrigen seien die koloskopischen Leistungen überhaupt nicht streitgegenständlich gewesen, sondern die Klägerin habe nur die Anhebung des Regelleistungsvolumens bezogen auf die proktologischen Leistungen beantragt. Eine atypische Versorgungssituation sei bei der Klägerin jedenfalls in Bezug auf die Ziffer 30600 EBM 2000plus schon deshalb nicht gegeben, weil es sich hierbei um eine fachgruppentypische Leistung handele, die von der Mehrzahl der Praxen der Fachgruppe der Klägerin erbracht werde. Hinsichtlich des anerkannten Regelleistungsvolumens sei zu beachten, dass sich dieses als arithmetischer Mittelwert aus der Fallpunktzahl der in der Praxis vertretenen Fachärzte für Chirurgie und der Fachärzte für Allgemeinmedizin bestimme. Mit der Anknüpfung an den Versorgungsschwerpunkt der Praxis des Klägers setze sich das Sozialgericht zudem über die Vorgaben des Bewertungsausschusses in seinem Beschluss vom 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen hinweg. In Punkt III Ziffer 3.1. des Beschlusses sei vorgeschrieben, dass zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung und zur Zielerreichung der in Ziffer 1. geregelten Maßnahmen zur Steuerung arztgruppenspezifischer Auswirkungen im Honorarverteilungsmaßstab Anpassungen des Regelleistungsvolumens vorgenommen werden könnten. Diese verbindlichen und zwingenden Vorgaben habe sie - die Beklagte - in Ziffer 6.3 HVV umgesetzt. Bei der Feststellung der Sicherstellungsgründe komme es aber nicht auf den Versorgungsschwerpunkt einer Praxis an. Auch in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts werde zwischen dem Begriff des Versorgungsschwerpunktes, der eine bestimmte Spezialisierung zum Ausdruck bringe, und der Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung differenziert. Die Versorgungssituation mit proktologischen Leistungen im Umkreis der Praxis der Kläger sei von ihr überprüft worden mit dem Ergebnis, dass eine Sicherstellungsproblematik nicht vorliege. Durch die Bildung der Regelleistungsvolumina werde auch nicht die Spezialisierung einer Praxis behindert. Die Praxis der Klägerin rechne trotz ihrer Spezialisierung im Vergleich zum Durchschnitt der Fachgruppe überdurchschnittlich ab. Zudem seien durch die Ausgleichszahlungen nach Ziffer 7.5 HVV in Höhe von 33.462,31 EUR (II/05), 28.484,35 EUR (III/05), 9.306,06 EUR (IV/05) und 38.222,69 EUR (I/06) regelleistungsvolumenbedingte Verluste mehr als ausgeglichen worden. Ein Verfahrensmangel liege darin, dass das Gericht die Beiladung ihrer am HVV beteiligten Vertragspartner, also der Krankenkassenverbände, unterlassen habe.

Die Beklagte und Berufungsklägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 6. Februar 2008 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin und Berufungsbeklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie meint, die Beklagte übe ein ihr zustehendes Ermessen nicht aus, wenn sie im Gegensatz zu anderen kassenärztlichen Vereinigungen in der Vergangenheit anerkannte Besonderheiten einer Praxisspezialisierung aufgrund der Einführung des EBM 2000plus ignoriere, so dass die gleiche Leistung im Bezirk XY. mit 69 EUR, hingegen in ZQ. nur mit 27 EUR vergütet werde. Ihre Praxis und alle dort tätigen Ärzte seien bereits seit vielen Jahren auf Leistungen der Koloproktologie spezialisiert und in dieser Funktion nicht nur in ZQ., sondern bundesweit anerkannt. Die Leistungen nach den Ziffern 30600, 30610, 30611 und 03331 EBM 2000plus machten mehr als 35 %, teilweise 40 % der budgetrelevanten Leistungen aus. Der Bedarf werde dadurch dokumentiert, dass die Zulassung von Dr. G. zum 1. Januar 2003 als Sonderbedarfszulassung für den Bereich der Proktologie erfolgt sei; auch die Zulassung von Dr. I. sei ursprünglich (1995) als Sonderbedarfszulassung erfolgt. Die Festsetzung des praxisbezogenen Regelleistungsvolumens führe dazu, dass annähernd die Hälfte des erbrachten Punktzahlvolumens zum unteren Punktwert und damit knapp über Null honoriert werde. Die bis zum ersten Quartal 2005 durch

die Beklagte eingeräumte Sonderregelung habe hingegen ein Fallpunktvolumen von rund 1.600 Punkten ausgewiesen und damit ein wirtschaftliches Arbeiten ermöglicht. Das nunmehr zugestandene Regelleistungsvolumen reiche nicht aus, um auch nur eine therapeutische Leistung aus dem Kapitel Proktologie noch wirtschaftlich zu erbringen. Der Hinweis der Beklagten auf die Auffüllbeträge nach Ziffer 7.5 HVV berücksichtige nicht, dass diese Regelung bereits ab dem dritten Quartal 2005 mangels liquider Mittel Honorarverluste nur noch in sehr begrenztem Umfang abgedeckt habe.

Auf Anfrage des Senats hat die Beklagte mitgeteilt, der Radius von 50 km, der von ihr zur Beurteilung der Sicherstellungsproblematik gezogen werde, beziehe sich auf Straßenkilometer. Sie hat eine Übersicht der in die Beurteilung einbezogenen Praxen und eine Frequenzstatistik hinsichtlich der von diesen Praxen erbrachten Leistungen nach den Ziffern 30600, 30610 und 30611 EBM 2000plus vorgelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakten der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte in der Sache entscheiden, ohne die am HVV beteiligten Krankenkassen/-verbände beizuladen. Die Frage, ob der Kläger gegen die Beklagte weitergehende Honoraransprüche hat, berührt ihre Rechtssphäre nicht unmittelbar. Die Neufassung des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) durch Art 1 Nr. 64 Buchst h des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vom 14. November 2003 ([BGBl I 2190](#)) hat nichts daran geändert, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen (seit dem 1. Juli 2008: die Ersatzkassen) auch in solchen Honorarstreitverfahren, in denen inzident über die Geltung des HVV gestritten wird, nicht notwendig beizuladen sind. Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) wendet die KÄV seit dem 1. Juli 2004 für die Honorarverteilung den mit den Kassenverbänden "gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden" Verteilungsmaßstab an. Zuvor war insoweit der in der Rechtsform der Satzung von der KÄV "im Benehmen" mit den Kassenverbänden zu erlassende Honorarverteilungsmaßstab (HVM) maßgeblich. Die vom Gesetzgeber beabsichtigte Einbindung der Verbände der Krankenkassen in die Mitverantwortung für eine leistungsgerechte Honorarverteilung ändert nichts daran, dass im Honorarstreitverfahren primär über den Anspruch eines Leistungserbringers auf vertragsärztliches Honorar und nur inzident (auch) über die Geltung von Vorschriften des HVV gestritten wird (BSG, Urteil vom 17. September 2008, [B 6 KA 46/07 R](#), Juris Rdnr. 13).

Die zulässige Berufung der Beklagten hat in der Sache keinen Erfolg. Das Urteil des Sozialgerichts ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die angegriffenen Bescheide der Beklagten sind rechtswidrig. Diese ist zur Neubescheidung hinsichtlich der Erweiterung des Regelleistungsvolumens für die Quartale II/05 bis II/06 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats verpflichtet.

Nach der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Verbänden der Krankenkassen zur Honorarverteilung für die Quartale II/05 bis IV/05, bekannt gemacht als Anlage 2 zum Landesrundsreiben/Bekanntmachung vom 10.11.2005 (HVV) sind nach Ziffer 6.3 praxisindividuelle Regelleistungsvolumen zu bilden, sofern eine Praxis den dort genannten Honorar(unter)gruppen angehört. Dieser HVV galt hinsichtlich der hier maßgeblichen Regelungen auch in den nachfolgenden Zeiträumen unverändert fort. Die Klägerin gehörte als chirurgische Praxis der Honorar(unter)gruppe B 2.3 an und war dort abrechnungstechnisch der VfG 17 zugeordnet.

Im Fall der Klägerin hat die Beklagte ausgehend von dieser fachlichen Zuordnung das Regelleistungsvolumen und die arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen richtig berechnet. Die dem zugrunde liegenden Regelungen, nämlich der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 93. Sitzung vom 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) mit Wirkung vom 1. Januar 2005 (DÄ 2004, 101 (46), A - 3129) sowie die daran anknüpfenden Regelungen in Ziffer 6.3 HVV sind nach der ständigen Rechtsprechung des Senats auch mit höherrangigem Recht vereinbar (vgl. u.a. HLSG, Urteil vom 11. Februar 2009, [L 4 KA 82/07](#); Urteil vom 29. April 2009, [L 4 KA 76/08](#); Urteil vom 24. Juni 2009, [L 4 KA 85/05](#), alle veröffentlicht in Juris). Im Streit steht allein, ob die Beklagte verpflichtet ist, bei der Klägerin einen Ausnahmefall anzuerkennen und deshalb eine Erhöhung des Regelleistungsvolumens vorzunehmen hat.

Als Rechtsgrundlage kommt insoweit Ziffer 6.3 letzter Absatz HVV in Betracht. Danach ist der Vorstand der KV Hessen ermächtigt, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogene Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 vorzunehmen.

Für die Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sind die Bewertung der vertragsärztlichen Versorgung in einem regionalen Bereich sowie die Feststellung von quantitativen und/oder qualitativen Versorgungsdefiziten von maßgeblicher Bedeutung. Dabei ist eine Vielzahl von Faktoren zu berücksichtigen (z. B. Anzahl und Leistungsangebot der niedergelassenen und ermächtigten Ärzte, Bevölkerungs- und Mobilitätsstruktur, Umfang und räumliche Verteilung der Nachfrage aufgrund der vorhandenen Verkehrsverbindungen), die für sich und in ihrer Abhängigkeit untereinander weitgehend unbestimmt sind. Diese Aspekte sind in gleicher Weise bei der Frage von Bedeutung, ob die ärztliche Versorgung ausreichend sichergestellt ist. Der Beklagten steht bei der Gewichtung dieser Kriterien ein Beurteilungsspielraum zu (Urteil des Senats vom 11. Februar 2009, [L 4 KA 82/07](#) - Juris). Das Bundessozialgericht hat in ständiger Rechtsprechung den Zulassungsgremien bei der Entscheidung über die Ermächtigung von Krankenhausärzten und über die Zulassung von Ärzten wegen eines Sonderbedarfs einen Beurteilungsspielraum zugestanden ([BSGE 73, 25](#), 29 = SozR 3 2500 § 116 Nr. 4 S. 29; BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr. 1 S. 4 f](#); BSG, Urteil vom 28. Juni 2000 - [B 6 KA 35/99 R](#)). Auch bei der Entscheidung der KV, zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in einem bestimmten Ort oder Ortsteil den Betrieb einer Zweitpraxis zu genehmigen, hat diese einen Beurteilungsspielraum ([BSGE 77, 188](#), 191 = [SozR 3-2500 § 75 Nr. 7 S. 28 f](#)). Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich daher darauf, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, die durch Auslegung des Begriffs "Sicherstellung" zu ermittelnden Grenzen eingehalten und die Subsumtionserwägungen so hinreichend in der Begründung der Entscheidung verdeutlicht wurden, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist.

Im Fall der Klägerin hat die Beklagte ihren Beurteilungsspielraum verkannt, als sie das Vorliegen einer Sicherstellungsproblematik verneint hat. Sie geht davon aus, dass die Versorgung der Versicherten sichergestellt sei, weil diese auf andere Ärzte in einem als zumutbar erachteten Umkreis von 50 km Entfernung verwiesen werden können, welche die streitigen Leistungen der Koloskopie erbringen, und

verweist insoweit auf verschiedene Arztpraxen, welche proktologische Leistungen erbringen.

Damit hat die Beklagte im Hinblick auf die Besonderheiten des vorliegenden Falles den Sachverhalt jedoch nicht ausreichend ermittelt.

Zwar muss die Beklagte bei der Beurteilung der Sicherstellungsproblematik nicht an den Grenzen des Planungsbereichs haltmachen, sondern kann auch angrenzende Planungsbereiche in die Betrachtung mit einbeziehen, soweit das dortige Angebot für die Versicherten mit zumutbarem Aufwand in Anspruch genommen werden kann. Denn anders als im Bereich des ärztlichen Zulassungsrechts, wo bei der Beurteilung des Versorgungsbedarfs kraft der Vorgaben in [§§ 101 ff. SGB V](#) vom Planungsbereich als räumlichen Anknüpfungspunkt auszugehen ist, fehlt es an einer entsprechenden gesetzlichen Vorgabe bei der Beurteilung des Sicherstellungsbedarfs in Zusammenhang mit der Bildung praxisindividueller Regelleistungsvolumen als Honorarbegrenzungsmaßnahme gemäß [§ 85 Abs. 4, 4a SGB V](#) (Urteil des Senats vom 11. Februar 2009, [L 4 KA 82/07](#), Juris Rdnr. 28).

Von einer Sicherstellung der ärztlichen Versorgung kann nach Auffassung des Senats jedoch nur ausgegangen werden, wenn es für die Versicherten unter Berücksichtigung der festgestellten Nachfrage nach den streitgegenständlichen proktologischen Leistungen entweder im Planungsbereich selbst oder zumindest in den unmittelbar angrenzenden Planungsbereichen eine in zumutbarer Zeit erreichbare ausreichende Zahl von Behandlern gibt, die in der Lage wären, die notwendige Versorgung mit proktologischen Leistungen zeitnah sicherzustellen. Denn die Beklagte ist verpflichtet, den Versicherten eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung in zumutbarer Entfernung zur Verfügung zu stellen (vgl. Hess in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand 2009, [§ 75 SGB V](#) Rdnr. 7). Das setzt zunächst quantitative Feststellungen zur ärztlichen Versorgung mit den benötigten Leistungen im Planungsbereich und, wenn sich hier Versorgungslücken aufzeigen, ggf. darüber hinaus in den angrenzenden Planungsbereichen voraus. Die Zumutbarkeit lässt sich aber nicht, wie es die Beklagte getan hat, allgemein und abstrakt für ganz ZQ. in der Weise bestimmen, dass ein bestimmter räumlicher Bereich frei gegriffen und anschließend (nur noch) geprüft wird, ob in dem so bestimmten Gebiet die benötigten ärztlichen Leistungen überhaupt angeboten werden. Vielmehr sind Feststellungen erforderlich, ob bei gedachtem Wegfall oder erheblicher Einschränkung des Leistungsangebots der betroffenen Praxis davon auszugehen ist, dass den Versicherten in einer (unter Beachtung von Fahrzeiten und Kosten) zumutbaren Entfernung ein ausreichendes, insbesondere mit akzeptablen Wartezeiten verbundenes Angebot an ärztlichen Leistungen zur Verfügung steht. Das bedeutet allerdings nicht, dass die Beklagte stets verpflichtet wäre, umfangreiche Ermittlungen zur Versorgungssituation anzustellen. Bei der Beurteilung der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung können sich die Ermittlungspflichten der Beklagten je nach Größe und Erschlossenheit des Versorgungsgebiets und der festgestellten Ärztedichte unterscheiden. Insoweit stellt sich die Situation in einem hoch verdichteten Ballungsraum wie etwa dem Rhein-Main-Gebiet mit entsprechend guten Verkehrsanbindungen und breitem Arztangebot anders dar als im ländlichen Raum mit geringerer Ärztedichte und schlechteren Verkehrsanbindungen. Ergeben sich aus dem Vorbringen des Arztes jedoch ernsthafte Hinweise, dass sich im Falle des Wegfalls oder der erheblichen Einschränkung seines Leistungsangebots für die Versicherten ein Versorgungsengpass ergeben kann, so steigen die Ermittlungspflichten der Beklagten.

Dies zugrunde legend hat die Beklagte vorliegend keine ausreichenden Feststellungen zur Versorgungssituation in Bezug auf proktologische Leistungen getroffen. Zwar gibt sie verschiedene Arztpraxen an, welche in einer Entfernung von maximal 38 km zur klägerischen Praxis liegen und proktologische Leistungen erbringen. Dieser Radius ist im konkreten Fall zu akzeptieren, da für Versicherte aus dem Landkreis ZZ. Fahrten in die angegebenen Orte (z.B. M. oder N.) zumutbar erscheinen. Indes reicht dies allein vorliegend nicht aus, um eine Sicherstellung der ärztlichen Versorgung festzustellen. Die von der Beklagten vorgelegten Daten zeigen, dass sich die ärztliche Versorgung mit proktologischen Leistungen in den streitgegenständlichen Zeiträumen ganz schwerpunktmäßig auf die Praxis der Klägerin (und die in gleicher Weise spezialisierte Praxis ihrer Kooperationspartnerin in AAB., der Klägerin des Verfahrens [L 4 KA 29/08](#)) konzentrierte. So hat die Klägerin die Leistung der Ziffer 30600 EBM 2000plus im Quartal III/05 3.058mal erbracht, im Quartal IV/05 2.961mal. Die Leistung der Ziffer 30610 hat sie im Quartal III/05 2.180mal, im Quartal IV/05 2.103mal erbracht. Die Leistung der Ziffer 30611 schließlich hat sie im Quartal III/05 1.348mal, im Quartal IV/05 1.360mal erbracht. Hingegen haben sämtliche anderen Praxen, welche die Beklagte bei ihrer Betrachtung der Sicherstellungsfrage in den Blick genommen hat, die Ziffer 30600 im Quartal II/05 nur rund 850mal, im Quartal IV/05 rund 930mal erbracht, wobei dies Praxen in teilweise erheblicher Entfernung (AAB., O., P.) umfasst. Bei der Ziffern 30610 ist das Verhältnis ähnlich. Diese Leistung wurde von den anderen Praxen im Umkreis von 50 km nur rund 560/ 600mal erbracht. Besonders augenfällig ist der Versorgungsschwerpunkt der Klägerin bei der Ziffer 30611, die von den anderen Praxen: 190/ 220mal erbracht wurde. Hierbei ist zu beachten, dass in diese Betrachtung nicht nur chirurgische, sondern sämtliche Praxen (also auch Ärzte für Innere Medizin, Ärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten) eingeflossen sind, welche die betreffenden Leistungen anbieten.

Für die Fachgruppe der Chirurgen wird dieses Bild noch deutlicher, wie sich aus den vom Sozialgericht dargestellten Zahlen der Frequenzstatistik zeigt.

Angesichts dessen hätte die Beklagte in ihre Beurteilung aber auch die Frage einbeziehen müssen, wie sich die Sicherstellungsproblematik bei gedachtem Wegfall oder zumindest erheblicher Einschränkung des Leistungsangebots der Klägerin darstellen würde (vgl. zu ähnlichen Fragestellungen BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 31](#) S. 178 ff., sowie BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr. 12](#) Rdnr. 15 ff., wo Rückschlüsse von einem Versorgungsschwerpunkt auf einen Versorgungsbedarf für möglich gehalten werden). Denn es ist kaum anzunehmen, dass diejenigen Praxen, welche diese Leistungen bisher lediglich in Einzelfällen oder in geringerem Umfang erbracht haben, in der Lage wären, kurzfristig eine große Zahl von Behandlungsfällen aus den bisherigen Schwerpunktpraxen aufzufangen. Hierbei wäre auch zu bedenken, dass die von der Beklagten in den Blick genommenen Praxen bereits mit anderen Leistungen ausgelastet sein mögen und zudem sich bei ihnen im Fall der Übernahme einer großen Zahl von Patienten mit proktologischen Krankheiten das Problem eines für die streitgegenständlichen Leistungen nicht auskömmlichen Regelleistungsvolumens in gleicher Weise wie bei der Klägerin stellen würde, weshalb zu bezweifeln ist, dass diese Praxen bereit wären, proktologische Leistungen in großer Zahl anzubieten. Insoweit reicht aber in einer solchen Sondersituation, wie sie sich vorliegend durch zwei auf proktologische Leistungen spezialisierte und weitgehend konkurrenzlose Praxen im Raum ZZ./AAB. darstellt, der Hinweis auf einzelne Praxen, welche derartige Leistungen zum großen Teil auch nur in wenigen Fällen erbringen, nicht aus, um eine Sicherstellungsproblematik im Fall des Wegfalls oder erheblicher Einschränkung des Leistungsangebots der Klägerin zu verneinen.

Die Beklagte ist daher verpflichtet, über die Erweiterung des Regelleistungsvolumens der Klägerin neu zu entscheiden. Sie wird dabei zu prüfen haben, ob unter Beachtung der vom Senat aufgezeigten Kriterien ohne das schwerpunktmäßige Leistungsangebot der Klägerin die Versorgung der Versicherten mit proktologischen Leistungen im streitgegenständlichen Zeitraum sichergestellt gewesen wäre, insbesondere ob realistisch davon ausgegangen werden kann, dass behandlungsbedürftige Versicherte proktologische Leistungen in angemessener Zeit

und in zumutbarer Entfernung erhalten hätten. Hierzu kann sie weitere Ermittlungen anstellen, z.B. durch Nachfrage bei den entsprechenden Praxen in räumlicher Nähe mit einem entsprechenden Leistungsangebot, ob diese zur verstärkten Versorgung der Versicherten mit proktologischen Leistungen bereit und unter Berücksichtigung der zu bewältigenden Fallzahlen in der Lage gewesen wären.

Sofern die Beklagte unter Beachtung der dargelegten Rechtsauffassung des Senats eine Sicherstellungsproblematik nunmehr bejaht, wird sie bei der Neubestimmung der für die Klägerin maßgeblichen Fallpunktzahlen den proktologischen Schwerpunkt der Klägerin angemessen zu berücksichtigen haben. Hierzu hat das Sozialgericht bereits sachgerechte Vorschläge gemacht, denen sich der Senat vollinhaltlich anschließt. Das Sozialgericht hat darauf hingewiesen, dass die Beklagte zunächst die auf der Grundlage des Schwerpunkts im einzelnen Behandlungsfall notwendiger Weise zu erbringenden Leistungen zu erfassen und dem Regelleistungsvolumen gegenüber zu stellen hat. Dabei kann die Beklagte berücksichtigen, dass die Regelleistungsvolumina selbst nur auf der Grundlage von 80 % der auf der Basis des EBM 2000plus an sich zugrunde zulegenden Punktzahlen berechnet worden sind, um eine gewisse Reserve für andere Stützungs- und Ausgleichsmaßnahmen z.B. für Praxen in der Aufbauphase zu haben. Die Beklagte kann aber auch den praxispezifischen Leistungsbedarf entsprechend der Formel nach Anlage 2 zum Teil III BRLV anhand der Vorquartale II/03 bis I/04 berechnen und den so ermittelten Fallwert für die in die Regelleistungsvolumina einbezogenen Leistungen mit dem Faktor 0,8 multiplizieren. In diesem Fall würde der Leistungsbedarf der Klägerin also anhand der vom Bewertungsausschuss bestimmten Referenzquartale berechnet, jedoch unter Berücksichtigung des besonderen Leistungsbedarfs der Klägerin für die proktologischen Ziffern 30600 ff. Darüber hinaus sind noch andere sachgerechte Ermessenserwägungen denkbar (vgl. etwa BSG, Urteil vom 22. Juni 2005, [B 6 KA 80/03 R](#), Juris Rdnr. 44 f.).

Sollte die Beklagte aufgrund ihrer erneuten Prüfung wiederum zu dem Ergebnis kommen, dass eine Sicherstellungsproblematik nicht besteht, so müsste sie das Begehren der Klägerin noch unter einem weiteren Gesichtspunkt prüfen. Der für die streitgegenständlichen Quartale maßgebliche HVV ist nämlich mit höherrangigem Recht insoweit unvereinbar, als eine allgemeine Härtefallregelung fehlt, die im Fall einer in besonderer Weise spezialisierten Praxis - wie der der Klägerin - eine Ausnahme vom Regelleistungsvolumen zulässt.

Das Bundessozialgericht hat zu Honorarverteilungsmaßstäben wiederholt festgestellt, dass auf eine allgemein gehaltene Härteregelung nicht verzichtet werden kann (Urteil vom 21. Oktober 1998, [B 6 KA 71/97 R](#), Juris Rdnr. 29; Urteil vom 22. Juni 2005, [B 6 KA 80/03 R](#) = [SozR 4-2500 § 87 Nr. 10](#)). Es stellt dabei auf den aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) folgenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ab, der entsprechende Ausnahmeregelungen im HVM erforderlich macht (Urteil vom 21. Oktober 1998, [B 6 KA 65/97 R](#), Juris Rdnr. 24 f.). Berufsausübungsregelungen müssen, auch wenn sie in der gewählten Form prinzipiell zulässig sind, die Unterschiede berücksichtigen, die typischerweise innerhalb der betroffenen Berufsgruppe bestehen. Angesichts der mit der Rechtsetzung durch einen Berufsverband verbundenen Gefahr der Benachteiligung von Minderheiten kommt der Forderung nach Verteilungsgerechtigkeit und ausreichender Differenzierung beim Erlass von Vergütungsregelungen besonderes Gewicht zu; die den kassenärztlichen Vereinigungen - bzw. unter der Geltung der Honorarverteilungsverträge den Vertragspartnern der Vergütungsverträge - eingeräumte Verteilungsautonomie lässt sich im Hinblick auf die Bedeutung des Grundrechts der Berufsfreiheit nur rechtfertigen, wenn damit die Verpflichtung zur strikten Beachtung des Gleichheitsgebots verbunden wird. Dadurch wird den zur Normsetzung befugten Körperschaften freilich nicht verwehrt, im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität einer Regelung zu verallgemeinern, zu typisieren und zu pauschalisieren. Der Gleichheitssatz lässt dem Normgeber einen weiten Gestaltungsspielraum. Ob er jeweils die zweckmäßigste, vernünftigste und gerechteste Lösung gefunden hat, ist vom Gericht nicht nachzuprüfen. Ein Verfassungsverstoß liegt jedoch vor, wenn die Ungleichheit in dem jeweils in Betracht kommenden Zusammenhang so bedeutsam ist, dass ihre Beachtung nach einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise geboten erscheint ([BVerfGE 60, 113](#), 119; [67, 70](#), 85 f.). Dabei kann es bei komplexen Sachverhalten vertretbar sein, dass dem Normgeber zunächst eine angemessene Zeit zur Sammlung von Erfahrungen eingeräumt wird und er sich in diesem Anfangsstadium auch mit gröberen Typisierungen und Generalisierungen begnügen darf, die unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität namentlich deshalb gerechtfertigt sein können, weil eine Verfeinerung die Gefahr mangelnder Wirksamkeit mit sich bringen kann ([BVerfGE 33, 171](#), 189).

Diese Erwägungen gelten auch im Anwendungsbereich von arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumina, welche Fallpunktzahlen zuordnen, die sich nach dem durchschnittlichen Leistungsgeschehen in der jeweiligen Arzt- bzw. Facharztgruppe richten. Denn es sind Fallgestaltungen denkbar, bei denen innerhalb einer Arztgruppe bestimmte Untergruppen mit den vorgesehenen Fallpunktwerten infolge einer Spezialisierung nicht auskommen. Allerdings steht eine derartige individuelle Betrachtung prinzipiell im Widerspruch zu dem mit den Regelleistungsvolumina angestrebten Steuerungsziel, wie es das Sozialgericht zutreffend beschrieben hat: Durch Regelleistungsvolumina 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 gegeben wird. Leistungen, die den Grenzwert überschreiten, sollen mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werden, um zum Einen der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung zu tragen, zum Anderen den ökonomischen Anreiz zur Leistungsausweitung zu begrenzen (vgl. [BT-Drucks 15/1170, S. 79](#)). Regelleistungsvolumina zielen somit auch auf eine Begrenzung des ärztlichen Leistungsverhaltens, indem nur das typische Leistungsgeschehen innerhalb einer Arztgruppe zum Maßstab genommen und mit einem festen Punktwert vergütet wird, hingegen darüber hinaus erbrachte Leistungen nur noch mit deutlich niedrigeren Punktwerten. Die Vertragspartner des HVV sind insoweit auch nicht verpflichtet, für jedes der in den Weiterbildungsordnungen genannten Gebiete und Teilgebiete eine eigene Arztgruppe zu bilden (Engelhard in: Hauck, Kommentar zum SGB V, § 85 Rdnr. 259b). Gleichwohl gilt auch unter der Geltung der Regelleistungsvolumina, dass bei der Verteilung der Gesamtvergütungen Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrunde zu legen sind ([§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)).

Zur Überzeugung des Senats erfordert [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) deshalb eine Ausnahme vom Regelleistungsvolumen außer für den im HVV 2005 geregelten Fall einer Sicherstellungsproblematik auch dort, wo sich innerhalb einer Arztgruppe bereits vor Inkrafttreten der Regelungen über die Regelleistungsvolumina Ärzte mit Leistungen in zulässiger Weise spezialisiert hatten und dieses spezifische Leistungsangebot durch das Regelleistungsvolumen der Fachgruppe, der sie zugeordnet sind, nicht leistungsangemessen abgedeckt wird. Denn es gibt keinen Hinweis, dass der Gesetzgeber mit [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in der Fassung durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14. November 2003 ([BGBl. I 2190](#)), durch das die bis dahin als Sollvorschrift ausgestalteten Regelungen über die Regelleistungsvolumina geändert und diese nunmehr verbindlich vorgeschrieben wurden, Spezialisierungen, welche sich in der Vergangenheit innerhalb einer Arztgruppe entwickelt hatten, von vornherein nicht berücksichtigen wollte. Solche Spezialisierungen sind, wie bereits das Sozialgericht betont hat, im Grundsatz Ausdruck einer sinnvollen Arbeitsteilung innerhalb der Ärzteschaft und damit gleichzeitig ein Gewinn für die Versorgung der Versicherten, weil aus der Spezialisierung einer Praxis

eine besondere Behandlungsqualität folgen kann. Für die Beachtlichkeit derartiger Leistungsschwerpunkte auch unter der Geltung der Regelleistungsvolumina spricht schließlich die - allerdings erst für Quartale seit 1. Januar 2009 anwendbare - modifizierte Regelung in [§ 87b SGB V](#) (i. d. F. von Art. 1 Nr. 57b GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz m. W. v. 1. April 2007, [BGBl. I, S. 378](#)), wonach Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind.

Entsprechende Spezialisierungen waren in der Vergangenheit nicht nur möglich, sondern wurden auch entsprechend honoriert.

Unter der Geltung des EBM 1996/1997 stand den Ärzten u.a. das bedarfsabhängige Zusatzbudget Proktologie (Ziffern 370, 371, 373, 755 EBM) offen, wenn seitens der KV ein besonderer Versorgungsbedarf festgestellt worden war. Ein entsprechendes Zusatzbudget war der Klägerin in der Zeit bis einschließlich des Quartals I/05 von der Beklagten eingeräumt worden. Dann ist es jedoch mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht vereinbar, wenn der Honorarverteilungsmaßstab eine solchermaßen zulässige und entsprechend honorierte Tätigkeit bei der Umstellung auf das Recht der Regelleistungsvolumina nicht berücksichtigt.

Für die Frage, wann eine echte Spezialisierung vorliegt, welche im Rahmen des Regelleistungsvolumens die Notwendigkeit einer Ausnahmeregelung begründet, kann an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu ähnlichen Problemlagen abgeknüpft werden. Zu dem Begriff der "Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs" als Voraussetzung für die Erweiterung eines Zusatzbudgets nach dem EBM-Ä 1997 hat es ausgeführt, dies setze eine von der Typik der Arztgruppe nachhaltig abweichende Praxisausrichtung, einen besonderen Behandlungsschwerpunkt bzw. eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebiets voraus, für das der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sei. Indizien für eine entsprechende Spezialisierung seien ein gegenüber dem Durchschnitt der Fachgruppe signifikant erhöhter Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden Leistungen am Gesamtpunktzahlvolumen in der Vergangenheit sowie eine im Leistungsangebot bzw. in der Behandlungsausrichtung der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung. Während das Bundessozialgericht insoweit bei der Beurteilung des Begriffs des "Versorgungsschwerpunkts" im Sinne der Weiterentwicklungsvereinbarung vom 7. August 1996 einen Leistungsanteil von mindestens 20 % der von der Praxis abgerechneten Gesamtpunktzahl gefordert hatte ([BSGE 87, 112](#), 117), hat es von einer solchen strikten Grenze im Bezug auf den Begriff der "Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs" abgesehen, allerdings darauf hingewiesen, dass Abweichungen der einzelnen Praxis von der Typik der Arztgruppe, die sich (auch) in abweichenden Anteilen des auf bestimmte Leistungen entfallenden Punktzahlvolumens niederschlugen, ein wichtiges Indiz für die Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs seien ([BSG SozR 3-2500 § 87 Nr. 31](#); [SozR 4-2500 § 87 Nr. 12](#)).

Im Fall der Klägerin liegt ein Härtefall vor, weil das ihr zuerkannte Regelleistungsvolumen ihre besondere, vom Durchschnitt der Arztgruppe deutlich abweichende Praxisstruktur nicht berücksichtigt (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2005, [B 6 KA 80/03 R](#), juris Rdnr. 42, zu einer auf ambulante Operationen spezialisierten Augenarztpraxis). Denn bei ihr besteht eine eindeutige Spezialisierung auf proktologische Leistungen. Das hat das Sozialgericht anhand der Frequenzstatistik mit zutreffenden Erwägungen festgestellt. Der Senat nimmt hierauf Bezug und verweist ergänzend auf seine obigen Feststellungen zum Abrechnungsumfang der Klägerin hinsichtlich der Ziffern 30600 ff. EBM 2000plus im Vergleich zu anderen Praxen. Entgegen der Auffassung der Beklagten kann dabei für die Anerkennung eines Praxischwerpunkts nicht gefordert werden, dass der Anteil der spezialisierten Leistungen mindestens 30 % der Gesamtpunktzahl ausmachen muss; für eine derartig weitgehende Grenzziehung bietet die bisherige Rechtsprechung keinen Anhalt (vgl. BSG, Urteil vom 28. Oktober 2009, [B 6 KA 26/08 R](#), juris Rdnr. 17). Vielmehr ist unter Berücksichtigung der bereits äußerlich erkennbaren Praxispezialisierung der Klägerin als Enddarmzentrum, der festgestellten Fallzahlen im Bereich der proktologischen Leistungen und einem Anteil der proktologischen Leistungen am Gesamtpunktzahlvolumen (nach den Berechnungen der Beklagten) von durchschnittlich 23 % in den streitgegenständlichen Quartalen ein Versorgungsschwerpunkt offenkundig.

Ebenso wenig teilt der Senat die Auffassung der Beklagten, eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen scheidet bei der überproportionalen Abrechnung fachgruppentypischer Leistungen - hier der Ziffer 30600 EBM 2000plus - generell aus. Der von der Beklagten zitierten Entscheidung des Senats vom 4. November 2009 ([L 4 KA 99/08](#)) ist ein derartiger Rechtssatz nicht zu entnehmen; in dem dortigen Fall lag eine spezialisierte Praxisausrichtung gerade nicht vor. Ausreichend ist vielmehr eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebietes (Senatsurteil vom 18. Juni 2008, [L 4 KA 1/07](#), juris Rdnr. 27). Das gilt in Sonderheit in dem hier zu beurteilenden Fall, in welchem zwar die Ziffer 30600 EBM 2000plus eine für Chirurgen fachgruppentypische Leistung sein mag. Eine derartige Betrachtungsweise ist jedoch verkürzend, weil es sich bei der Ziffer 30600 EBM 2000plus um den proktologischen Basiskomplex handelt. Das Leistungsangebot der Klägerin besteht aber gerade darin, dass sie in großer Zahl die Leistungen der Ziffern 30610 und 30611 EBM 2000plus (Behandlung und Entfernung von Hämorrhoiden) erbringt, also Leistungen, welche gerade nicht fachgruppentypisch sind. Diese Ziffern sind jedoch regelhafte mit dem proktologischen Basiskomplex verbunden. Die von der Beklagten gewählte Betrachtungsweise spaltet also ein einheitliches Leistungsgeschehen künstlich in zwei Komplexe auf, um sodann einen fachgruppenatypischen Versorgungsschwerpunkt verneinen zu können. Dem ist nicht zu folgen.

Das Fehlen einer Härteregelung für fachlich spezialisierte Praxen im Rahmen der Vorschriften über das Regelleistungsvolumen ist auch nicht im Hinblick auf Ziffer 7.5 HVV unbeachtlich. Diese Regelung, die nach ihrem Wortlaut der Vermeidung praxisbezogener Honorarverwerfungen nach Einführung des EBM 2000plus dient, sieht vor, dass der für das aktuelle Abrechnungsquartal berechnete fallbezogene Honoraranspruch (Fallwert in EUR) der einzelnen Praxis mit der fallbezogenen Honorarzahlung in EUR im entsprechenden Abrechnungsquartal 2004 verglichen wird, ausschließlich beschränkt auf Leistungen, die dem budgetierten Teil der Gesamtvergütung unterliegen und mit Ausnahme der zeitbezogenen genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen. Zeigt der Fallwertvergleich eine Fallwertminderung von mehr als 5 % (bezogen auf den Ausgangswert des Jahres 2004), so erfolgt eine Begrenzung auf den maximalen Veränderungsrahmen von 5 %. Bei der Ermittlung der Fallwerte bleiben Fälle, die gemäß Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.1 zur Honorierung kommen (extrabudgetäre Leistungen, wie z.B. Früherkennung und Schutzimpfungen), unberücksichtigt genügt.

Diese Begrenzung auf einen fünfprozentigen Honorarverlust steht allerdings unter einer Vielzahl weiterer Voraussetzungen. Sie erfolgt nämlich nur auf der Basis vergleichbarer Praxisstrukturen und maximal bis zu der Fallzahl, die im entsprechenden Quartal des Jahres 2004 zur Abrechnung gekommen ist (Ziffer 7.5.2 HVV). Ein Ausgleich ist ausgeschlossen, wenn im aktuellen Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal erkennbar (ausgewählte) Leistungsbereiche nicht mehr erbracht wurden oder sich das Leistungsspektrum der Praxis, u.a. als Folge einer geänderten personellen Zusammensetzung der Praxis, verändert hat. Es ist des Weiteren ausgeschlossen, wenn sich die Kooperationsform der Praxis, z.B. durch Übergang von einer Gemeinschaftspraxis zu einer Praxisgemeinschaft, verändert hat. Zudem

müssen ausgleichsfähige Fallwertminderungen oberhalb von 15 % ihre Ursache vollständig in der Einführung des EBM 2000plus haben. Schließlich steht Ziffer 7.5 HVV unter dem weiteren Vorbehalt der Zahlung einer gegenüber dem Ausgangs Quartal vergleichbaren budgetierten Gesamtvergütungszahlung und eines ausreichenden Honorarvolumens nach Durchführung weiterer, aufgrund des Beschlusses der Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 vorzunehmender Honorarverschiebungen (vgl. Ziffer 7.5.3 HVV).

Damit schließt die Konstruktion der Auffüllregelung durch das Anknüpfen an die Fallzahl des Jahres 2004 ein Wachstum der Praxis aus und hindert durch die weiteren Einschränkungen die betroffenen Praxen an jeglicher Änderung ihrer Praxisstruktur, da sie anderenfalls den Anspruch auf Ausgleichszahlungen verlieren. Sie ist zudem in ihren tatsächlichen finanziellen Wirkungen wegen der Vorbehalte in Ziffer 7.5.3 HVV nicht vorhersehbar und bedeutet für die betroffenen Praxen somit kein Element verlässlicher Planung. Tatsächlich ist es bei den Ausgleichszahlungen nach Ziffer 7.5 HVV, wie sich aus den Honorarbescheiden der Beklagten ergibt, bereits ab dem dritten Quartal 2005 nicht mehr möglich gewesen, die Fallwertverluste bis auf die vorgesehenen 5 % auszugleichen. Nach den Feststellungen des Sozialgerichts Marburg, welches bereits über eine Vielzahl derartiger Fälle entschieden hat, haben die Auffüllbeträge in der Vergangenheit je nach Quartal und Fachgruppe zwischen 95 % und 67 % geschwankt (Urteil vom 16. September 2009, [S 12 KA 341/08](#) - Juris). Angesichts dessen kann Ziffer 7.5 HVV unabhängig von der Frage, ob hierdurch im Einzelfall erhebliche Honorarverluste verhindert worden sind, nicht als ausreichende Regelung angesehen werden, welche dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

Das Fehlen einer Härteregelung im Rahmen von Ziffer 6.3 HVV ist schließlich auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung unbeachtlich. Zwar gesteht das BSG bei der erstmaligen Gestaltung von Honorarbegrenzungsregelungen den Kassenärztlichen Vereinigungen einen besonders großen Typisierungsspielraum zu (vgl. etwa BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 16](#)). Vorliegend ist jedoch zu beachten, dass die Notwendigkeit einer entsprechenden Ausnahmeregelung den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrags aufgrund der bereits erwähnten langjährigen und gefestigten Rechtsprechung des BSG zu derartigen Härteregelungen bekannt war (vgl. BSG, Urteil vom 21. Oktober 1998, [B 6 KA 71/97 R](#), Juris Rdnr. 29; Urteil vom 22. Juni 2005, [B 6 KA 80/03 R = SozR 4-2500 § 87 Nr. 10](#)).

Mithin ist der HVV als Normsetzungsvertrag (siehe hierzu: Freudenberg, in Juris Praxiskommentar SGB V, 2008, § 85, Rdnr. 114) insoweit rechtswidrig, weil er eine regelungsbedürftige und durch Auslegung nicht zu schließende Lücke enthält, die von den Vertragspartnern des HVV kraft gesetzlichen Auftrags (Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit) zu schließen ist. Insoweit ist ein Vertrag über die vertragsärztliche Versorgung "teilweise nicht zustande" gekommen i.S.d. [§ 89 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) mit der Folge, dass jede der Vertragsparteien befugt ist, einen Antrag bei dem zuständigen Landesschiedsamt auf Herbeiführung einer entsprechenden Regelung zu stellen (siehe hierzu Beier in Juris Praxiskommentar, [§ 89 SGB V](#), Rdnr. 31), sofern nicht vorab eine vertragliche Ergänzung erfolgt. Sollten sich die Vertragsparteien wider Erwarten nicht einigen und auch keinen Antrag beim Schiedsamt stellen, könnte die zuständige Aufsichtsbehörde nach Ablauf einer von ihr gesetzten angemessenen Frist das Schiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen ([§ 89 Abs. 1a Satz 1 SGB V](#)). Eine rechtmäßige Ergänzung der Ziffer 6.3 HVV muss dahin gehen, dem Vorstand der Beklagten eine Befugnis einzuräumen, Änderungen des Regelleistungsvolumens außer im Fall einer Sicherstellungsproblematik auch bei sonstigen Härtefällen vorzunehmen.

Hinsichtlich der anschließend zu treffenden Ermessensentscheidung, in welchem Umfang eine Erweiterung des Regelleistungsvolumens geboten ist, wird auf die obigen Ausführungen Bezug genommen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 und 2 VwGO](#).

Der Senat hat die Revision wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Streitsache zugelassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Die Entscheidung über den Streitwert folgt aus [§§ 63 Abs. 2 Satz 1, 47, 52 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2012-02-14