S 12 KA 12/07

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 12/07
Datum
30.01.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 29/08
Datum
17.03.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 19/10 R
Datum
29.06.2011
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. In einem Honorarverteilungsvertrag kann ein Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung ermächtigt werden, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogenen Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen (Regelleistungsvolumina) vorzunehmen.
2. Eine Ungleichbehandlung und damit ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit kann dann vorliegen, wenn die Praxis einen zur Fachgruppe atypischen Versorgungsbedarf abdeckt. In diesem Fall ist eine Ermessensentscheidung über eine Ausnahme zu den Regelleistungsvolumina zu treffen. Es ist unzulässig, einen Vertragsarzt von vornherein darauf zu verweisen, er könne auf seine Spezialisierung verzichten.
3. Bei einer chirurgischen Praxis, bei der es sich bei 83,9 % aller Behandlungsfälle um proktologische Fälle handelt, liegt ein atypischer Ausnahmefall vor.
Bemerkung
verb. m. S 12 KA 39/08
1. Unter Aufhebung des Bescheides vom 21.10.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.12.2006 wird die Beklagte verurteilt, die Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

3. Die Gerichtskosten haben die Kläger gemeinsam und die Beklagte jeweils zu ½ zu tragen. Die Beklagte hat den Klägern jeweils die Hälfte der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

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

Der Kläger zu 1) war im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung bis zum 08.08.2005 als Facharzt für Chirurgie niedergelassen. Zum 09.08.2005 erfolgte eine Umwandlung der Zulassung zum Facharzt für Chirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Viszeralchirurgie. Dr. D wurde als Facharzt für Chirurgie am 09.08.2005 zugelassen. Die Klägerin zu 2) ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxissitz in A-Stadt, bestehend seit 09.08.2005 aus dem Kläger zu 1) und Dr. D mit Praxissitz in A-Stadt. Nach dem Honorarverteilungsvertrag der Beklagten gehören sie der Honorar(unter)gruppe der Fachärzte für Chirurgie, B 2.23 an und ist die Praxis der Fachgruppe/Arztgruppe VfG 17 00 zugeordnet. Der Kläger zu 1) ist berechtigt, Koloskopien zu erbringen und abzurechnen. Mit Honorarbescheid vom 28.06.2005 für das Quartal II/05 setzte die Beklagte das Bruttohonorar für den Primär- und Ersatzkassenbereich auf insgesamt 175.320,11 EUR fest.

Am 21.07.2005 beantragte der Kläger zu 1) unter Hinweis auf die aktuellen Regelleistungsvolumina eine dem Schwerpunkt und den Besonderheiten der Praxis angemessene Fallpunktzahl zur Berechnung eines angemessenen Regelleistungsvolumens. Er nahm Bezug auf entsprechende Gespräche seiner Partner, einer Praxis im Praxisverbund Enddarmzentrum Mittelhessen und der dort zuständigen KV-Bezirksstelle GD ...

Mit Bescheid vom 21.10.2005 wies die Beklagte den Antrag ab. Sie wies darauf hin, Sonderanträge zur Bildung des Regelleistungsvolumens könnten nach einer Festlegung des Vorstands nur noch in Einzelfällen bei Vorliegen einer absoluten Sicherstellungsproblematik per Beschluss des Vorstands erfolgen. Als Bewertungsvorgabe sei ein "Sicherstellungsradius" von 50 km festgelegt worden, d. h. Patienten würden ggf. größere Entfernungen – speziell zur fachärztlichen Versorgung – zugemutet. Unter Berücksichtigung dieser Kriterien habe leider

keine Möglichkeit bestanden, dem Antrag stattzugeben.

Hiergegen legten die Kläger am 03.11.2005 Widerspruch ein. Sie wiesen darauf hin, dass mit Ausnahme der Praxis im Praxisverbund keine fachkoloproktologische und fachviszeralchirurgische Versorgung im ambulanten Bereich im Umkreis von 50 km um A-Stadt stattfinde.

Mit Widerspruchsbescheid vom 13.12.2006, der Klägerin zu 2) zugestellt am 20.12., wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. In den Bescheidgründen führte sie aus, gemäß dem Honorarverteilungsvertrag seien für die Praxis folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen festgelegt worden:

RLV-Fallpunktzahl
Primärkassen Ersatzkassen
Altersgruppe der Patienten in Jahren: 0 – 5 6 – 59 -) 60 0 – 5 6 – 59 -) 60
Fallpunktzahl lt. HVV 667 926 1.187 604 831 1.033

Im Quartal II/05 seien 1.645 Fälle mit einem Fallpunktwert von 838,9 Punkten zugrunde gelegt worden. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen betrage damit 1.012.342,6 Punkte. Bei einer Honoraranforderung von 2.106.690,0 Punkten sei das Regelleistungsvolumen um 1.094.347,4 Punkte überschritten worden. Im Quartal III/05 betrage das Regelleistungsvolumen bei einer Fallzahl von 1.575 Fällen und einem Fallpunktwert von 974,8 Punkten 1.535.310,0 Punkte. Das Regelleistungsvolumen sei bei einer Abrechnung von 2.233.465,0 Punkten um 698.155,0 Punkte überschritten worden. Bei Überschreitung sei eine Bewertung zum unteren Punktwert erfolgt. Der Bewertungsausschuss habe in seinem Beschluss vom 29.10.2004 für die Leistungen der Ziffern 30600, 30610 und 30611 EBM 2005 keine Zuordnung zu den Leistungsbereichen für extrabudgetär oder vorab zu vergütende Leistungen vorgesehen. Sicherstellungsgründe lägen nicht vor. Im Planungsbereich des Landkreises A-Stadt sei zwar kein weiterer Viszeralchirurg tätig, es gäbe jedoch eine große Zahl an weiteren Fachärzten, welche die streitgegenständlichen proktologischen Leistungen berechtigterweise abrechneten. Die Einteilung der Arzt-/Fachgruppen und damit der Honorar(unter)gruppen orientierten sich grundsätzlich an den Vorgaben des EBM 2005, und es erfolge die Honorarausstattung der einzelnen Honorar(unter)gruppen auf Basis der tatsächlich in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2004 erfolgten Honorarzahlungen, sodass in der Ermittlung der maßgeblichen RLV-Fallpunktzahlen das von der Arzt-/Fachgruppe der Chirurgen abgerechnete Honorarvolumen für proktologische Leistungen einbezogen sei. Ferner gelte die Regelung zur Vermeidung von Fallwertverlusten. Im Fall der Einzelpraxis des Dr. C bzw. der Klägerin habe die Ausgleichsregelung in den Quartalen II und III/05 zu einem Auffüllungsbetrag in Höhe von 58.554,60 EUR bzw. 14.976,18 EUR geführt. Der Vorstand habe ferner ergänzend beschlossen, dass Ausnahmeregelungen zum Regelleistungsvolumen nicht zugestimmt werden könnten, wenn Honorarverwerfungen bedingt durch die Einführung des EBM 2005 bereits durch einen Auffüllungsbetrag Berücksichtigung gefunden hätten.

Hiergegen haben die Kläger am 11.01.2007 die Klage erhoben. Die Kammer hat mit Beschluss vom 21.01.2008 das Verfahren des Klägers zu 1) für den Zeitraum 01.04. bis 08.08.2005 unter dem neuen Az.: S 12 KA 39/08 abgetrennt. Mit Beschluss vom 30.01.2008 hat es beide Verfahren zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung wieder verbunden.

Die Kläger tragen vor, im Quartal II/05 sei der Kläger zu 1) noch in Einzelpraxis tätig gewesen. In diesem Quartal habe er eine Scheinzahl von 1.645 Fällen erzielt. Ab dem Quartal III/05 seien beide Ärzte in Gemeinschaftspraxis tätig gewesen und hätten 1.575 Fälle, im Quartal IV/05 1.652 Fälle abgerechnet. In all diesen Quartalen hätten die abgerechneten Leistungen mit den Ziffern 30600, 30610 und 30611 weit über dem Durchschnitt der Fachkollegen gelegen. Im Quartal II/05 sei innerhalb des Regelleistungsvolumens die Ziffer 30600 insgesamt 1.418-mal, die Ziffer 30610 572-mal und die Ziffer 30611 569-mal abgerechnet worden. Im Quartal III/05 seien diese Ziffern 1.574-, 655- und 652-mal abgerechnet worden. Mit dieser Abrechnung lägen sie um 512, 176,6 bzw. 398,8 % über dem Durchschnitt der Vergleichsfachgruppe. Im Quartal IV/05 lägen sie um 484,69, 92,4 bzw. 245,4 % über der Vergleichsgruppe. Die im Widerspruchsbescheid angegebenen Zahlen beinhalteten bereits den Zuschlag von 130 Punkten. Das Regelleistungsvolumen führe zu prozentualen Raten in den Quartalen II bis IV/05 von 108, 45,47 bzw. 32,49 %. Bei korrekter Abrechnung wären in den Quartalen III und IV/05 weitere Auffüllbeträge von 7.191,45 EUR bzw. 3.603,49 EUR zuzuerkennen gewesen. Das Regelleistungsvolumen für Chirurgen berücksichtige nicht den Schwerpunkt der Praxis und sei deshalb unzureichend. Allein für die bei jedem Erstkontakt im Quartal obligat erbrachten Leistungen wie Ordinationskomplex nach den Ziffern 07211 bzw. 07212, der proktologischen Basiskomplex nach Ziffer 30600 sowie der Arztbrief nach 01601 würden bereits 800 bzw. 825 Punkte innerhalb des Regelleistungsvolumens erbracht werden. Jede weitere Therapiemaßnahme oder jedes Gespräch nach Ziffer 07220 übersteige das Regelleistungsvolumen bei weitem. Hier werde Gleiches mit Ungleichem verglichen. Es ergebe sich ein zusätzlicher Punktebedarf von 255 Punkten für die Ziffer 30610 sowie 500 Punkten für die Ziffer 30611. Der zusätzliche Punktebedarf von insgesamt 755 Punkten bedeute einen zusätzlichen Punktebedarf pro Fall von ca. 100 Punkten. Es sei ein eklatanter Honorarverlust seit Einführung des EBM 2005 eingetreten. Die Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 des Honorarverteilungsvertrages sei eine Übergangsregelung, es sei ungewiss, wie lange diese zur Anwendung komme. Fallzahlsteigerungen blieben unberücksichtigt. Es müsse eine individuelle Anpassung des Regelleistungsvolumens erfolgen. Auch wenn die Beklagte auf weitere Ärzte hinweise, die proktologische Leistungen erbringen könnten, so sei festzustellen, dass diese allenfalls diese Leistungen in einem nicht nennenswerten Umfang erbrächten und die vertragsärztliche Versorgung ohne sie nicht sichergestellt sei. Die von der Klägerin genannten Ärzte hätten ihre Praxen alle außerhalb Y-Stadt und seien mindestens 17 18 km bzw. sogar um die 40 km entfernt. Schon der Umstand einer Sonderbedarfszulassung spreche für einen Bedarf. Ein Radius von 50 km sei zur Prüfung der Sicherstellung ungeeignet. Der Ausgleich nach Ziff. 7.5 HVV gleiche ihre Honorarverluste nicht aus.

Die Kläger beantragen,
unter Aufhebung des Bescheides vom 21.10.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.12.2006 die Beklagte zu verurteilen, ihnen, bezogen auf die Leistungen nach den Ziffern 30600, 30610 und 30611 EBM 2005 insofern ab dem Quartal II/05 eine Anhebung des Regelleistungsvolumens anzuerkennen, als das Abrechnungsvolumen für diese Leistungen den entsprechenden Anteil der Chirurgen übersteigt,
hilfsweise,
sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Unter Hinweis auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid im Übrigen ist sie weiterhin der Auffassung, dass ein Sicherstellungsproblem nicht gegeben sei. Auf den Planungsbereich sei im Übrigen nur im Rahmen der Bedarfsplanung abzustellen. Sachgerechter für die Prüfung der Sicherstellung sei ein festgelegter Radius, weil somit die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall bewertet werden könne. In einer Entfernung von 16 km sei ein Facharzt für Chirurgie niedergelassen, der sowohl die Ziffer 30600 wie auch 30611 erbringe. Ein weiterer Facharzt sitze in einer Entfernung von 40 km. In einer Entfernung von 36 km erbrächten zwei Ärzte die Ziffern 30600 und 30610. Gleiche Ziffern erbringe ein Facharzt für Chirurgie in unmittelbarer Nähe von 2 km. Ein Arzt in einer Entfernung von 47 km rechne die Ziffern 30600, 30610 und 30611 ab. Ein weiterer in 17 km Entfernung. Nur 18 km entfernt sei ein Arzt niedergelassen, der die Ziffern 30600 und 30610 erbringe. Es gebe noch weitere Ärzte, die die Leistungen oder einen Teil der Leistungen erbrächten. Aufgrund der Regelungen im Honorarverteilungsvertrag sei es auch zu Auffüllungen des Honorars gekommen. Durch diese Auffüllungen werde der "RLV-bedingte Honorarverlust" mehr als ausgeglichen. Für die Quartale II/05 bis einschließlich II/06 stünden Einbußen in Höhe von 85.266,00 EUR Auffüllbeträge in Höhe von insgesamt 107.393,00 EUR gegenüber. Die Frage, ob eine Leistung wirtschaftlich zu erbringen sei, entziehe sich einer generellen Beantwortung. Die Kläger erzielten im Vergleich zur Fachgruppe weit überdurchschnittliche Gesamthonorare.

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

Entscheidungsgründe:

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

Die Klage ist zulässig. Streitgegenstand ist sowohl eine Entscheidung gegenüber dem Kläger zu 1) und der Klägerin zu 2). Die Beklagte hat gegenüber beiden Klägern für den gesamten Zeitraum ab dem Quartal II/05 entschieden. Soweit der angefochtene Bescheid nur gegenüber der Klägerin zu 2) adressiert war, beinhaltete die Entscheidung auch den nur die Einzelpraxis des Klägers zu 1) betreffenden Zeitraum. Inhaltlich ist damit auch eine Entscheidung gegenüber dem Kläger zu 1) getroffen worden und ist der Bescheid auch ihm gegenüber bekannt gegeben worden.

Der angefochtene Bescheid vom 21.10.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.12.2006 ist rechtswidrig und war daher aufzuheben. Die Kläger haben einen Anspruch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Der Klage war daher im Hilfsantrag stattzugeben. Die Klage war aber im Hauptantrag abzuweisen. Die Kläger haben, bezogen auf die Leistungen nach den Ziffern 30600, 30610 und 30611 EBM 2005, keinen Anspruch auf Anhebung des Regelleistungsvolumens ab dem Quartal II/05, als das Abrechnungsvolumen für diese Leistungen den entsprechenden Anteil der Chirurgen übersteigt.

Der angefochtene Bescheid vom 21.10.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.12.2006 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 Landesrundschreiben/Bekanntmachung vom 10.11.2005 (HVV) sind nach Ziffer 6.3 praxisindividuelle Regelleistungsvolumen zu bilden, da der Kläger zu 1) und 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 praxisspezifischen 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 praxisspezifischen 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 proktologischen Leistungen nach den Ziffern 30600, 30610 und 30611 EBM 2005 gehören wie die übrigen Leistungen nach Kap. 30.6 EBM 2005 "Proktologie" 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 Chirurgie genannt und mit den Fachärzten für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie und für Neurochirurgie zusammengefasst. Entsprechend hat der HVV auch die Fach(unter)gruppe B.2.3 gefasst.

Mit dem GMG hat der Gesetzgeber die bisher als Soll-Vorschrift ausgestaltete Regelung zu den Regelleistungsvolumina verbindlich vorgegeben. Dadurch soll erreicht werden, dass die von den Ärzten erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Grenzwert mit festen Punktwerten vergütet werden und den Ärzten insoweit Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihrer Praxisumsätze und -einkommen gegeben wird. Leistungen, die den Grenzwert überschreiten, sollen mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werden; damit soll zum einen der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung getragen werden, zum anderen soll der ökonomische Anreiz zur übermäßigen Mengenausweitung begrenzt werden (vgl. BT-Drs. 15/1170, S. 79).

Regelleistungsvolumina dienen damit der Kalkulationssicherheit bei der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (vgl. Engelhard in: Hauck/Haines, SGB V, Kommentar, § 85, Rn. 256a f.; Freudenberg in: jurisPK-SGB V, Online-Ausgabe, Stand: 01.08.2007, § 85, Rn. 164). Zum anderen haben sie aufgrund des Zwecks, der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung zu tragen als auch den ökonomischen Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge zu verringern, auch den Charakter von Honorarbegrenzungsmaßnahmen (vgl. Engelhard, ebd.). Nach Auffassung der Kammer steht aber angesichts der gesetzgeberischen Vorgaben der Gesetzeszweck der Kalkulationssicherheit im Vordergrund, insbesondere auch im Hinblick auf eine begrenzte Gesamtvergütung bei insgesamt steigenden Leistungsanforderungen.

Ausgehend von den Vorgaben im HVV hat die Beklagte das Regelleistungsvolumen und insbesondere die arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen zutreffend berechnet. Nach Ziffer 6.2 HVV gehören die Kläger der Honorar(unter)gruppe der Fachärzte für Chirurgie, B 2.3 an und ist die Praxis der Fachgruppe/Arztgruppe VfG 17-00 zugeordnet. Bei Gemeinschaftspraxen ist die Höhe der in den einzelnen Altersklassen zu treffenden Fallpunktzahlen als arithmetischer Mittelpunktwert aus der Fallpunktzahl der in der Gemeinschaftspraxis vertretenen Ärzte mit einem Zuschlag von 130 Punkten zu bilden. Auf der Grundlage der Anlage zu Ziffer 6.3 HVV "Arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumen" ergeben sich folgende Fallpunktzahlen:

Primärkassen Ersatzkassen
Alter 0-5 6-59 über 60 0-5 6-59 über 60
Fachärzte für Chirurgie etc. 537 796 1.057 474 701 903
Mit Zuschlag 130 P. 667 926 1.187 604 831 1.33

Im Ergebnis ergeben sich die Werte, von denen auch die Beklagte ausgegangen ist und die sie im angefochtenen Widerspruchsbescheid nochmals dargestellt hat.

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

Nach dieser Ermächtigung ist der Vorstand verpflichtet, bei Vorliegen von Sicherstellungsgründen sein Ermessen im Hinblick auf eine Sonderregelung auszuüben. Dies hat die Beklagte verkannt. Nach Auffassung der Kammer liegt ein Ausnahmefall vor und hat die Beklagte in Verkennung dieses Umstandes von ihrem Ermessen keinen Gebrauch gemacht.

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).

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

Soweit die Beklagte vorträgt, die Honorarausstattung der einzelnen Honorar(unter)gruppen erfolge auf Basis der tatsächlich in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2004 erfolgten Honorarzahlungen, sodass in der Ermittlung der maßgeblichen RLV-Fallpunktzahlen das von der Arzt-/Fachgruppe der Chirurgen abgerechnete Honorarvolumen für proktologische Leistungen einbezogen sei, verkennt sie, dass im Rahmen des Grundsatzes der Gleichbehandlung nur maßgebend sein kann, ob hier eine vergleichbare Streuung in der Fachgruppe vorhanden ist oder die Einzelpraxis signifikant hiervon abweicht.

Der Beklagten mag zwar zuzugestehen sein, dass im Ergebnis die Anwendung der Ziff. 7.5 HVV, deren Inhalt und Rechtmäßigkeit nicht Gegenstand dieses Verfahrens war, die Bedeutung des Umfangs des Regelleistungsvolumens verringern, da Ziff. 7.5 HVV wesentlich an den individuellen Fallwerten des Vorjahresquartals anknüpft und auf dieser Grundlage Honorarveränderungen im Bereich von mehr als 5 % nach oben oder unten weitgehend nivelliert. Die Ausnahmeregelung im HVV sieht aber eine solche Verknüpfung zur Regelung nach Ziff. 7.5 HVV nicht vor, sondern ist vielmehr gerade Ausdruck des Gleichbehandlungsgebots, nach dem Ungleiches nicht gleich behandelt werden darf. Im Übrigen verliert die Honorarverteilung an Transparenz und Akzeptanz, wenn Unterschiede im Leistungsgeschehen nicht mehr adäquat erfasst werden.

Entgegen der Auffassung der Beklagten kommt es bei Feststellung der Sicherstellungsgründe nicht allein auf die Versorgung im Umkreis einer Praxis an. Dabei kann hier dahinstehen, ob solche Versorgungsgesichtspunkte generell anhand eines Umkreises von 50 km zu prüfen sind, wies es offensichtlich der Verwaltungspraxis der Beklagten entspricht und was jedenfalls im Rahmen bedarfsplanerischer Überlegungen in Zulassungssachen in dieser Allgemeinheit unzulässig ist (vgl. BSG, Urt. v. 19.07.2006 B 6 KA 14/05 R – SozR 4-2500 § 116 Nr. 3 = GesR 2007, 71 = MedR 2007, 127, juris Rn. 19; SG Frankfurt a. M., Urt. v. 27.04.2005 – S 5/29 KA 966/04 – rechtskräftig; Pawlita in: jurisPK-SGB V, Online-Ausgabe, Stand: 01.08.2008, § 96, Rn. 68 ff.). Maßgebend für die hier strittige Ausnahmeregelung ist der Versorgungsschwerpunkt der Praxis. Mit der Erbringung der Leistungen wird zunächst der Bedarf dokumentiert, soweit eine Fehlabrechnung oder Unwirtschaftlichkeit ausgeschlossen werden kann. Der mit einer Spezialisierung einhergehende vermehrte Zulauf von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern kann gerade auch Ausdruck der Qualität und des Rufs der Praxis sein.

Allerdings ist andererseits zu berücksichtigen, dass nicht jede im Vergleich zur Fachgruppe vermehrte Erbringung von Einzelleistungen oder Leistungsgruppen oder Spezialisierung einen Ausnahmefall begründen kann, da dann die Regelleistungsvolumina ihren Zweck der Kalkulationssicherheit nicht mehr erreichen könnten. § 85 Abs. 4 und 4a SGB V gibt keine Vorgabe für differenzierte Ausnahmen und gibt insoweit die Tendenz der Nivellierung des Leistungsgeschehens vor. Von daher ist es auch nicht zu beanstanden, dass weder der Bewertungsausschuss noch der HVV ein den die früheren Praxisbudgets ergänzenden Zusatzbudgets vergleichbares Instrumentarium vorsehen. Auch wird im Regelfall ein Ausnahmetatbestand nicht vorliegen, wenn generell in allen oder vielen Leistungsbereichen ein gegenüber der Fachgruppe erhöhtes Leistungsvolumen abgerechnet wird, da insoweit die Regelleistungsvolumina auch der Leistungsbegrenzung dienen. Eine generelle Festlegung, wann ein Ausnahmefall vorliegt, kann aber, da es sich um eine Regelung für atypische Einzelfälle handelt, nicht getroffen werden.

Im vorliegenden Fall liegt jedoch eindeutig ein proktologischer Schwerpunkt der klägerischen Praxis vor. Wie mit den Beteiligten in der mündlichen Verhandlung erörtert, hat die klägerische Praxis die Leistung nach Ziffer 30610 EBM 2005 (Behandlung von Hämorrhoiden durch Sklerosierung) im Quartal III/05 655 mal und die Leistung nach Ziffer 30611 EBM 2005 (Entfernung von Hämorrhoiden durch Ligatur) 652 mal bei 1.557 Behandlungsfällen abgerechnet. Im Quartal III/05 wird nach der Frequenzstatistik danach die Leistung nach Ziffer 30610 EBM 2005 von der klägerischen Praxis 42 mal auf 100 Fälle erbracht, diese Leistung wird von 61 Praxen von insgesamt 192 Praxen 6 mal auf 100 Fälle erbracht. Entsprechend wird die Leistung nach Nr. 30611 EBM 2005 von der klägerischen Praxis 41 mal erbracht, von der Fachgruppe von 54 Praxen in einer Häufigkeit von 3 mal auf 100 Behandlungsfälle. Die Kammer geht dabei davon aus, dass die Leistungen nach Ziffer 30610 EBM 2005 und Ziffer 30611 EBM 2005 nicht am selben Patienten erbracht werden. Das bedeutet, dass im Quartal III/05 bei 1.557 Behandlungsfällen mindestens 1.307 Patienten bzw. 83,9 % proktologisch behandelt wurden. Dies ist weit mehr als die Fachgruppe und auch noch weit mehr als der Teil der Fachgruppe, der diese Leistungen überhaupt erbringt. Ein ähnliches Bild ist auch in den übrigen Quartalen festzustellen. Hinzu kommt, dass der Kläger zu 1) selbst aufgrund dieser Spezialisierung eine Sonderbedarfszulassung erhalten hatte und die Beklagte nicht dargelegt hat, dass sich die Bedarfssituation verändert hätte.

Aufgrund dieses Praxisschwerpunkts ist daher von einem Ausnahmefall auszugehen. Die Beklagte wird daher zu prüfen haben, ob und ggf. in welchem Umfang sie das Regelleistungsvolumen erhöht. Die Kammer kann aber, da es zunächst der Beklagten obliegt, ihr Ermessen auszuüben, zur Ermessensausübung keine konkreten Vorgaben machen. Sie kann nur allgemein darauf hinweisen, dass zunächst die auf der Grundlage des Schwerpunkts im einzelnen Behandlungsfall notwendigerweise zu erbringenden Leistungen zu erfassen und den Regelleistungsvolumina gegenüber zu stellen sind. Dabei kann die Beklagte 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.

Nicht zu berücksichtigen war, dass die Beklagte Leistungen einer besonderen Inanspruchnahme nach Ziffern 01100 bis 01110 EBM 2005 und dringende Hausbesuche nach Ziffern 01411 und 01412 EBM 2005 entgegen den Vorgaben im BRLV in die Regelleistungsvolumen einbezieht, was die Kammer für rechtswidrig hält (vgl. SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 49/07 -). Die Berechnung der Fallpunktzahlen kann dadurch nicht zum Nachteil des Klägers erfolgen. Bei Beachtung der Vorgaben im BRLV wird dadurch das Regelleistungsvolumen des Klägers nicht erhöht. Die konkrete Berechnung des Regelleistungsvolumens ist aber nicht Gegenstand dieses Verfahrens.

Von daher war im Ergebnis dem Hilfsantrag stattzugeben.

Die Klage war aber im Hauptantrag abzuweisen.

Die Kläger haben, bezogen auf die Leistungen nach den Ziffern 30600, 30610 und 30611 EBM 2005, keinen Anspruch auf Anhebung des Regelleistungsvolumens ab dem Quartal II/05, als das Abrechnungsvolumen für diese Leistungen den entsprechenden Anteil der Chirurgen übersteigt. Aus den genannten Gründen geht die Kammer davon aus, dass im Falle eines Ausnahmetatbestandes eine Ermessensentscheidung seitens des Vorstands zu erfolgen hat. Eine Ermessensreduzierung im Sinne des Hilfsantrags war der Kammer aber nicht ersichtlich. So kann durchaus berücksichtigt werden, dass die gesamte Fachgruppe von vornherein nur Regelleistungsvolumina erhält, die nur 80 % des in den Referenzquartalen angeforderten Honorarvolumens entspricht. Soweit die Beklagte ermittelt, dass in einem noch größeren Umfang Leistungen der Fachgruppe nur zu dem abgestaffelten Punktwert vergütet werden, kann sie dies im Rahmen ihrer Ermessensausübung ebenfalls berücksichtigen. Die Beklagte kann ferner berücksichtigen, inwieweit aufgrund der Spezialisierung, die den atypischen Ausnahmefall begründet, Leistungen in relevantem Umfang nicht anfallen, die von dem Ordinationskomplex erfasst und von der Vergleichsgruppe im Regelfall erbracht werden.

Im Ergebnis war die Klage daher im Hauptantrag abzuweisen, im Hilfsantrag war ihr aber 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
2016-03-10