

S 12 KA 237/07

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 237/07

Datum

30.01.2008

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Erbringt ein Chirurg mit dem Schwerpunkt Gefäßchirurgie operative Leistungen nach den Ziffern 31201 bis 31204 EBM 2005 bei etwa 30 % der Patienten, so liegt kein atypischer Ausnahmefall vor, der eine Kassenärztliche Vereinigung zu einer Sonderregelung bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens verpflichtet.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

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

Der Kläger ist seit 01.09.2000 als Facharzt für Chirurgie/Gefäßchirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Er verfügt über die Zusatzbezeichnung Phlebologie sowie über die Genehmigung zur Sonographie in der Gefäßdiagnostik und Retroperitoneum sowie zum ambulanten Operieren und zur Erbringung physikalisch-medizinischer Leistungen. Nach dem Honorarverteilungsvertrag der Beklagten gehört er zur Honorar(unter)gruppe der Fachärzte für Chirurgie, B 2.3, an und ist abrechnungstechnisch der Fachgruppe/Arztgruppe VfG 17-00 zugeordnet.

Mit Honorarbescheid vom 27.06.2006 setzte die Beklagte das Bruttohonorar für den Primär- und Ersatzkassenbereich für das Quartal II/05 bei 670 Behandlungsfällen auf insgesamt 54.172,10 EUR fest. Mit Honorarbescheid vom 11.08.2006 setzte sie für das Quartal III/05 bei 552 Behandlungsfällen das Honorar auf 34.315,71 EUR fest. Mit Honorarbescheid vom 28.11.2006 setzte sie bei 614 Behandlungsfällen das Honorar für das Quartal IV/05 auf insgesamt 97.846,96 EUR fest. Mit Honorarbescheid vom 19.01.2007 setzte sie bei 691 Behandlungsfällen das Honorar für das Quartal I/06 auf insgesamt 101.481,58 EUR fest. Mit Honorarbescheid vom 03.02.2007 setzte sie bei 633 Behandlungsfällen für das Quartal II/06 das Honorar auf insgesamt 88.131,07 EUR fest.

Am 25.07.2006 beantragte der Kläger die Erhöhung des Regelleistungsvolumens. Er trug vor, er werde am 01.08.2006 die Praxis von der C-Straße in die A-Straße nach Auflösung der Praxisgemeinschaft mit einem hautärztlichen Kollegen verlegen. Die neue Praxisgründung bei einem in der Praxis ambulant operierenden Gefäßchirurgen sei mit sehr hohen Investitionen verbunden. Sein Punktzahlvolumen sei deutlich höher als die durchschnittliche Zahl der Fachgruppe Chirurgie. Seine Praxisinvestitionen seien enorm und überdurchschnittlich im Vergleich zur Fachgruppe Chirurgie. Er habe nach hygienischen Vorschriften einen Operationstrakt aufgebaut mit zwei Operationsräumen, Aufwachraum, Schleusenkabinen, Sterilisator- und Vorbereitungsraum und mit einer entsprechenden anspruchsvollen Ausrüstung. Er benötige kostspielige Geräte zur Diagnostik, z. B. ein farbkodiertes Duplexgerät zum Preis von 80.000,00 EUR, ein Doppler-Gerät zum Preis von 10.000,00 EUR, eine Venenverschlussplethysmografie zum Preis von 20.000,00 EUR, eine Anlage für Radiofrequenztherapie zum Preis von 15.000,00 EUR. Ein Teil der Operationen sei inzwischen budgetiert. Sie seien fünf Gefäßchirurgen in A-Stadt. Aus Versorgungsgesichtspunkten könne er auf die Leistungen nicht verzichten. Das Honorar in der Belegklinik sei um fast 60 % reduziert worden. Es gehe um verschiedene diagnostische und therapeutische Leistungen, die er im Einzelnen aufgeführt hat. Er bitte deshalb, sein Regelleistungsvolumen nicht nach der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe Chirurgie zu messen, sondern seinen Anteil als Facharzt für Gefäßchirurgie und Phlebologie zu bewerten und das Regelleistungsvolumen entsprechend zu erhöhen. Im Quartal III/05 habe er von 1.682.200 Punkten nur 466.927 Punkte, das bedeute nur 27,76 % vergütet bekommen. Bei verschiedenen Leistungen überschreite er deutlich den Durchschnitt der Fachgruppe. Einzelne Behandlungen zeigten, dass er hierfür wesentlich mehr Punkte benötige und dass man ihn nicht nach dem Regelleistungsvolumen einer Gruppe Chirurgie messen könne, weil er deren Durchschnitt von 845,9 Punkten immer

überschreiten müsse. Im Quartal IV/05 seien ihm nur 526.239,0 Punkte anerkannt worden, er habe 1.377.570 Punkte erbracht. Damit seien nur 38,20 % vergütet worden.

Mit Bescheid vom 29.01.2007 wies die Beklagte den Antrag, den sie als Antrag bezogen auf die Quartale II/05 bis II/06 wertete, ab. Zur Begründung führte sie aus, der geltende Honorarverteilungsvertrag enthalte Vorgaben zur Bewertung der Honorarforderungen auf Basis von Regelleistungsvolumina. Das im aktuellen Abrechnungsquartal gültige praxisindividuelle (fallzahlabhängige) Regelleistungsvolumen einer Praxis bestimme sich im Grundsatz aus der Multiplikation der im aktuellen Quartal ermittelten arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der relevanten Fallzahl in die verschiedenen Altersklassen. Die Zuordnung zu einer der in der Anlage 6.3 des HVV aufgeführten Arzt-/Fachgruppe richte sich wiederum nach dem Fachgebiet, für das der Arzt vertragsärztlich zugelassen sei. Für die Fachgruppe der Chirurgen sehe der Honorarverteilungsvertrag folgendes Regelleistungsvolumen vor:

Primärkassen Ersatzkassen

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

Fallpunktzahl 537 796 1.057 474 701 903

Im Quartal II/05 sei unter Zugrundelegung von 642 Fällen mit einem rechnerischen Fallpunktwert von 844,8 Punkten für die Praxis ein praxisbezogenes Regelleistungsvolumen von 542.361,6 Punkte ermittelt worden. Abgerechnet worden seien 2.564.765,0 Punkte, womit das praxisbezogene Regelleistungsvolumen um 2.022.403,4 Punkte überschritten worden sei. Im Quartal III/05 habe sich unter Zugrundelegung von 552 Fällen mit einem rechnerischen Fallpunktwert von 845,9 Punkten ein Regelleistungsvolumen von 466.936,8 Punkten ergeben. Bei einer Abrechnung von 1.683.200,0 Punkten sei das Regelleistungsvolumen um 1.216.263,2 Punkte überschritten worden. Im Quartal IV/05 sei bei 614 Fällen, einem Fallpunktwert von 857,1 Punkten und einem Regelleistungsvolumen von 526.259,4 Punkten gegenüber 1.377.570,0 abgerechneten Punkten eine Überschreitung von 851.310,6 Punkten festzustellen. Eine Analyse des Leistungsspektrums des Klägers habe zwar ergeben, dass er einzelne gefäßchirurgische/phlebologische/sonographische Leistungen im Vergleich zur Fachgruppe häufiger abrechne. Allerdings werde dennoch keine Möglichkeit gesehen, praxisbezogene Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen vorzunehmen. Der Vorstand habe festgelegt, dass eine Sonderregelung nur aus Gründen der Sicherstellung erfolgen könne. Für die Beurteilung des Aspektes der Sicherstellung sei maßgeblich, ob im Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden, die die streitgegenständlichen Leistungen abrechneten. Allein im Planungsbereich A-Stadt-Stadt liege eine Überversorgung an Chirurgen vor. Es seien auch dort weitere Gefäßchirurgen tätig, ebenso in der näheren Umgebung (z. B. X-Stadt). Es seien mehrere Fachärzte niedergelassen, die ebenfalls phlebologisch-sonographische Leistungen erbrächten. Komme es zu Verwerfungen nach dem neuen EBM 2005, so erfolge ein Ausgleich nach Ziffer 7.5 des Honorarverteilungsvertrages. Dies habe in den Quartalen II bis IV/05 bei dem Kläger zu Auffüllungsbeträgen in Höhe von 8.931,25 EUR bis 20.112,63 EUR geführt.

Hiergegen legte der Kläger am 08.02.2007 Widerspruch ein. Er legte nochmals dar, dass aufgrund seiner Spezialisierung die herangezogenen Regelleistungsvolumen aus seiner Sicht zu einer ungenügenden Vergütung führten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 10.05.2007, dem Kläger am 15.05.2007 zugestellt, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Ergänzend zur Begründung im angefochtenen Ausgangsbescheid legte sie dar, dass im Quartal I/06 bei 691 Fällen, einem Fallpunktwert von 843,7 Punkten, einem Regelleistungsvolumen von 582.996,7 Punkten die Überschreitung 903.113,3 Punkte bei 1.486.110,0 angeforderten Punkten betragen habe. Im Quartal II/06 habe die Überschreitung 761.218,8 Punkte bei 633 Fällen, einem Fallpunktwert von 856,4 Punkten, einem Regelleistungsvolumen von 542.101,2 Punkten und einer abgerechneten Honorarforderung von 1.303.320,0 Punkten betragen. Nach 7.5 HVV sei es in den Quartalen II/05 bis II/06 zu folgenden Auffüllbeträgen gekommen: 20.112,63 EUR, 8.931,25 EUR, 16.674,19 EUR, 20.172,26 EUR, 2.050,49 EUR. Der Vorstand habe im Sinne einer grundsätzlichen Beschlussfassung festgestellt, dass Ausnahmeregelungen zum Regelleistungsvolumen nicht zugestimmt werden könnten, wenn Honorarverwerfungen bedingt durch die Einführung des EBM 2005 bereits durch einen Auffüllbetrag im Rahmen der Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV Berücksichtigung gefunden hätten.

Hiergegen hat der Kläger am 31.05.2007 die Klage erhoben. Er trägt in Ergänzung seines Vorbringens im Verwaltungsverfahren vor, seit seiner Niederlassung sei er ausschließlich auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie und Phlebologie tätig. Aufgrund dieses speziellen Leistungsspektrums sei er mit einem Chirurgen nicht vergleichbar, allenfalls mit Phlebochirurgen. Es seien in erheblichem Umfang die Durchführungen von sonographischen Gefäßuntersuchungen erforderlich, die in allgemeinchirurgischen Praxen eher selten bis gar nicht durchgeführt werden würden. Seine Tätigkeit entspreche am ehesten der der invasiv tätigen Angiologen. Bei Internisten werde der weiteren Spezialisierung durch verschiedene Regelleistungsvolumina Rechnung getragen. Von ca. 300 Chirurgen in Hessen hätten lediglich ca. sieben Chirurgen die Zusatzbezeichnung "Gefäßchirurgie" und noch weniger die Zusatzbezeichnung Phlebologie bzw. seien auf diesem Gebiet schwerpunktmäßig tätig. Die Zuordnung zur Gruppe der Chirurgen verstoße gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Durch die Einbeziehung ihrer spezifischen Leistungen in das Regelleistungsvolumen entstehe ein "Verwässerungseffekt", da diese Leistungen dem Gesamtpf zugute kämen, aber nur von wenigen Ärzten erbracht würden. Der notwendige Bedarf liege mit ca. 2.000 Punkten pro Fall weit über dem der Chirurgen. Die Beklagte sei im gesamten Bundesgebiet derzeit die einzige KV, die den Gefäßchirurgen ausschließlich das Regelleistungsvolumen der Chirurgen zuerkenne. Kalkuliert sei der EBM 2005 mit einem Punktwert von 5,11 Cent. Die Beklagte leiste einen Punktwert von 4 Cent, dieser werde nochmals quotiert. Dies verstoße gegen [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#). Bei der Ausgleichsregelung nach 7.5 HVV handele es sich lediglich um eine Übergangsregelung, deren Dauer nicht absehbar sei. Die Auffüllbeträge seien auch nur unzureichend. Eine Erprobungsregelung sei nur für einen Übergangszeitraum zulässig. Bereits nach dem ersten Quartal nach Einführung der Regelleistungsvolumina sei aber offensichtlich geworden, dass diese unzureichend seien.

Der Kläger beantragt,

unter Aufhebung des Bescheids vom 29.01.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.05.2007 die Beklagte zu verurteilen, ihm ein Regelleistungsvolumen in Höhe seines individuellen Abrechnungsvolumens zuzuerkennen,

hilfsweise

ein Regelleistungsvolumen in Höhe des Regelleistungsvolumens für fachärztlich-invasiv tätige Internisten mit Schwerpunkt Angiologie zuzuerkennen,

weiter hilfsweise

ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über seinen Antrag neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie trägt ergänzend zu ihren Bescheidbegründungen vor, die Vorgaben zur Maßnahme des Regelleistungsvolumens hätten den Kläger nicht daran gehindert, das durchschnittliche Honorar seiner Fachgruppe zu erreichen. Das ermittelte Honorar orientiere sich bis einschließlich Quartal I/05 an dem Durchschnitt der Fachärzte für Chirurgie, wozu aber auch die Fachärzte für Kinderchirurgie und plastische Chirurgie gerechnet würden. Eine separate Ausweisung für die Chirurgen sei nicht möglich. Das bleibe jedoch nahezu ohne Auswirkung, da sich unter durchschnittlich 280 Chirurgen lediglich durchschnittlich 10 plastische Chirurgen und ein Kinderchirurg befinde. Die Gegenüberstellung zeige folgende Honorarentwicklung, wobei sich ab dem Quartal II/05 das ermittelte durchschnittliche Honorar allein auf die Fachärzte für Chirurgie beziehe:

Quartal Durchschnittshonorar (Nettohonorar nach Abzug EHV, vor Verwaltungskosten) je Arzt der Fachgruppe Durchschnittshonorar (Nettohonorar nach Abzug EHV, vor Verwaltungskosten) des Klägers I/04 51.971,84 109.355,28

II/04 50.359,12 105.984,69

III/04 45.964,48 71.033,14

IV/04 51.826,96 94.814,39

I/05 48.202,14 96.805,75

II/05 52.459,31 56.621,96

III/05 45.312,37 35.198,59

IV/05 50.467,10 98.813,14

I/06 50.761,24 102.951,13

II/06 50.980,47 88.773,64

III/06 47.126,02 70.283,27

IV/06 52.401,71 132.268,06

Einzig im Quartal III/05 sei das Honorar des Klägers unterdurchschnittlich ausgefallen, was jedoch auf die weit unter dem sonstigen Schnitt liegende Fallzahl zurückzuführen sei. Gegenüber einer sonst üblichen Fallzahl von weit über 600 Fällen seien im Quartal III/05 nur 559 Behandlungsfälle zu verzeichnen gewesen. Die Fachgruppe hätte dem gegenüber rund 687 Fälle abgerechnet. Darüber hinaus komme es nach 7.5 HVV bei Abweichungen um mehr als 5 % des Fallwertes des aktuellen Quartals zu dem des entsprechenden Vorjahresquartals zu einer Auffüllung bzw. Kappung. Bei dem Kläger habe es zu Auffüllungen geführt, die die RLV-bedingten Verluste abfangen hätten. Auch wenn die Verluste nicht gänzlich ausgeglichen würden, sei das weit überdurchschnittliche Honorar des Klägers zu berücksichtigen. Der Verweis auf eine nicht mehr wirtschaftlich zu gestaltende Praxisführung werde dadurch relativiert. Die Differenzierung bei den Internisten beruhe darauf, dass der EBM für diese auch verschiedene Kapitel vorsehe. Für Leistungen der Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, plastische Chirurgie und Herzchirurgie werde ein einheitliches Kapitel vorgesehen. In Hessen seien auch 44 weitere Chirurgen, nicht lediglich sieben mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie tätig. Der Kläger könne sich auch nicht schlichtweg darauf berufen, bestehende Strukturen (Überweisungspraxis) unterworfen zu sein. Auch ein überdurchschnittlicher Überweisungsanteil im Vergleich zu den Fachärzten vermöge einen Anspruch auf Sonderregelung nicht zu begründen. Vielmehr müsse sich der Arzt einschränken. Andernfalls könne bei Praxen mit überdurchschnittlichen Fallzahlen aufgrund anhaltender Überweisungstätigkeit wegen der damit einhergehenden Ausweitung eine leistungsgerechte Versorgung der Patienten nicht mehr gewährleistet werden. Letztlich hätte es sonst auch jeder Arzt in der Hand, durch sein Leistungsverhalten seine abrechnungstechnische Zuordnung zu steuern. In A-Stadt-Stadt seien neben dem Kläger alleine vier Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie tätig. Diese Ärzte verfügten auch alle über die Genehmigung für Sonographien zur Gefäßdiagnostik. Vereinzelt erbrächten diese Ärzte darüber hinaus phlebologische Leistungen.

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

Entscheidungsgründe:

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

Die Klage ist zulässig. Sie ist aber unbegründet. Der angefochtene Bescheid vom 29.01.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.05.2007 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klage war im Haupt- und den beiden Hilfsanträgen abzuweisen. Der Kläger hat weder einen Anspruch auf ein Regelleistungsvolumen in Höhe seines individuellen Abrechnungsvolumens noch auf ein Regelleistungsvolumen in Höhe des Regelleistungsvolumens für fachärztlich-invasiv tätige Internisten mit Schwerpunkt Angiologie noch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Der angefochtene Bescheid vom 29.01.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.05.2007 ist rechtmäßig.

Nach der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Verbänden der Krankenkassen zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005, bekannt gemacht als Anlage 2 zum Landesrundsreiben/Bekanntmachung vom 10.11.2005 (HVV) sind nach Ziffer 6.3 praxisindividuelle Regelleistungsvolumen zu bilden, da der Kläger zu den entsprechenden Arztgruppen gehört.

Im Einzelnen bestimmt Ziffer 6.3 HVV:

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

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

alternativ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergütet sind (Regelleistungsvolumina) (§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird (§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V). Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung (§ 85 Abs. 4 Satz 9 SGB V). Die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 4a Satz 1 getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Vereinbarungen nach Satz 2 (§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V). Dabei bestimmt nach § 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V der Bewertungsausschuss Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 4 SGB V, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind; er bestimmt ferner, erstmalig bis zum 29. Februar 2004, den Inhalt der nach § 85 Abs. 4 Satz 4, 6, 7 und 8 SGB V zu treffenden Regelungen.

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

Der Kläger hat nicht beantragt, dass bestimmte Leistungen nicht in das Regelleistungsvolumen einfließen. Wie die Beklagte aber die konkrete Berechnung der Regelleistungsvolumen vornimmt, ist nicht Gegenstand dieses Rechtsstreits, sondern kann nur im Rahmen der Anfechtung des Honorarbescheids überprüft werden.

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 gehört der Kläger der Honorar(unter)gruppe der Fachärzte für Chirurgie, B 2.3 an und ist die Praxis der Fachgruppe/Arztgruppe VfG 17-00 zugeordnet. Auf der Grundlage der Anlage zu Ziffer 6.3 HVV "Arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumen" ergeben sich die von der Beklagten im angefochtenen Ausgangsbescheid genannten Fallpunktzahlen.

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

Nach dieser Ermächtigung ist der Vorstand verpflichtet, bei Vorliegen von Sicherstellungsgründen sein Ermessen im Hinblick auf eine Sonderregelung auszuüben. Dies hat die Beklagte nicht verkannt. Nach Auffassung der Kammer liegt kein Ausnahmefall vor und musste die Beklagte daher von ihrem Ermessen keinen Gebrauch machen.

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

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

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

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. Maßgebend für die hier strittige Ausnahmeregelung ist der Versorgungsschwerpunkt der Praxis. Mit der Erbringung der Leistungen wird zunächst der Bedarf dokumentiert, soweit eine Fehlabbildung 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 sieht die Kammer es jedoch nicht als erwiesen an, dass ein atypischer Sonderfall vorliegt. Die Kammer hat mit den Beteiligten den erhöhten Anteil sonographischer Leistungen in der mündlichen Verhandlung erörtert. Trotz unterschiedlicher operativer Tätigkeit des Klägers - so hat er angegeben, er habe sich im Quartal II/05 beim Skifahren eine Oberarmfraktur zugezogen und habe dann 2 bis 3 Monate nicht operieren können, auch im Folgequartal III/05 habe er wenig operiert - ist der Umfang sonographischer Leistungen gleich bleibend. Soweit der Kläger vermehrt operative Leistungen nach den Ziffern 31201 bis 31204 EBM 2005 erbringt - so rechnet er diese Leistungen z.B. im Quartal I/06 insgesamt 206 mal und die Fachgruppe lediglich 29 mal ab -, so sieht die insoweit fachkundig mit zwei Vertretern der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten besetzte Kammer keinen atypischen Schwerpunkt bei einer Fallzahl des Klägers im Quartal I/06 von insgesamt 691 Fällen. Damit fallen weniger als 30 % der Patienten in diesen Operationsbereich.

Bereits aus diesem Grund und unter Berücksichtigung des Umstandes, dass bereits die Fachgruppe aufgrund der Berechnung der Regelleistungsvolumina 25 % der Leistungsanforderungen nur in Höhe des abgestaffelten Punktwerts erhält, war der Hauptantrag abzuweisen. Mit dem Hauptantrag begehrt der Kläger sachlich eine völlige Freistellung vom Regelleistungsvolumen. Hierfür ist aber eine Rechtsgrundlage nicht ersichtlich.

Der Zubilligung eines Regelleistungsvolumens in Höhe des Regelleistungsvolumens für fachärztlich-invasiv tätige Internisten mit Schwerpunkt Angiologie steht ferner entgegen, dass der Kläger in der mündlichen Verhandlung erklärt hat, an zwei Wochentagen ambulante Operationen durchzuführen. Bereits von daher unterscheidet sich seine Tätigkeit von der der fachärztlich-invasiv tätigen Internisten, die zudem in ihrem Leistungsumfang nach Nr. 3, 5 6 und 7 Kapitel 13.1 EBM 2005 auf ein enges Leistungsspektrum beschränkt sind, das im Wesentlichen mit den Leistungen nach Abschnitt 13.3.1 EBM 2005 für den Kläger nicht gilt. Auch von daher war die Klage mit dem ersten Hilfsantrag abzuweisen.

Insgesamt geht die Kammer aber davon aus, dass ein atypischer Schwerpunkt nicht vorliegt, so dass auch der zweite Hilfsantrag, die Beklagte zu verurteilen, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über seinen Antrag neu zu bescheiden, abzuweisen war.

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.

Im Ergebnis war die Klage daher insgesamt abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-04-24