

S 12 KA 1271/05

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 1271/05
Datum
06.02.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 32/08
Datum
19.05.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Wird einem Kinderkardiologen, der ein spezialisiertes Leistungsspektrum bei nahezu allen Patienten erbringt, das doppelte Regelleistungsvolumen der internistischen Kardiologen zugestanden, so handelt die Kassenärztliche Vereinigung fehlerhaft, wenn sie die sich hieraus ergebenden, für die Altersgruppen und Kassenbereiche unterschiedlichen Punktzahlen nicht begründet. Bei einer Neubescheidung kann die Kassenärztliche Vereinigung berücksichtigen, dass die Regelleistungsvolumina selbst nur auf einer 80 %-Grundlage berechnet sind, d. h. dass Überschreitungswerte der Regelleistungsvolumina um 25 % dieser Berechnungsweise inne wohnen und bereits von daher nicht zu einer Erhöhung des Regelleistungsvolumens führen müssen. Es kann aber auch entsprechend der Berechnung nach Anlage 2 zum Teil III des Beschlusses des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004 der praxisspezifische Leistungsbedarf anhand der Quartale II/03 bis I/04 berechnet werden und der so ermittelte Fallwert für die in die Regelleistungsvolumina einbezogenen Leistungen mit dem Faktor 0,8 mal genommen werden. Sollte sich erweisen, dass bei der Fachgruppe insgesamt weniger als 80 % der Leistungen berücksichtigt werden, so kann die Beklagte dies bei der Sonderregelung ebf. berücksichtigen.
1. Unter Abänderung des Bescheids vom 05.07.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.11.2005 wird die Beklagte verurteilt, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Die Beklagte hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Regelleistungsvolumens ab dem Quartal II/05 ff.

Der Kläger wurde mit Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vom 28.01.1997 als Kinderarzt mit der Teilgebietsbezeichnung Kinderkardiologie im Rahmen eines Sonderbedarfs zur vertragsärztlichen Tätigkeit mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Seit dem Jahr 2001 ist er voll zugelassener fachärztlich tätiger Arzt für Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie. Sein Honorar entwickelte sich wie folgt:

Quartal IV/04 II/05 III/05 IV/05 I/06 II/06
Honorarbescheid vom 03.04.2005 27.06.2006 11.08.2006 28.11.2006 19.01.2007 03.02.2007
Honorar PK+EK in EUR 62.174,04 63.655,81 64.214,09 60.631,24 65.546,10 59.816,56
davon nach Ziffer 7.5 HVV 17.279,43 - - - -
Fallzahl 601 640 630 606 665 607

Der Kläger beantragte am 29.03.2005, ihn mit seinen kardiologischen Leistungen von einem Regelleistungsvolumen ab dem Quartal II/05 frei zu stellen. Die geplante Änderung der Honorarverteilung werde für ihn zu dramatischen Beschneidungen seiner Honorarforderung führen. Er rechne seit Jahren mit kleinen Fallzahlen relativ hohe Fallwerte ab. Er sei der einzige Kinderkardiologe im Bezirk A. Er sei auch weiterhin ausschließlich als Kinderkardiologe tätig. Er werde nahezu ausschließlich nur auf Überweisung zur Mit- und Weiterbehandlung durch die niedergelassenen Kinderärzte und Hausärzte tätig. Er sehe sich eingebunden in die spezielle fachärztliche Versorgung von Patienten mit angeborenen Herzfehlern und anderen Herzerkrankungen im Kinder- und Jugendalter in A-Stadt. Die Zuerkennung der Regelleistungsvolumina für Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie halte er für unzureichend. Dies würde immer noch eine Kürzung um ca. 50 % bedeuten. Er könne weder mit einem Kinderarzt noch mit einem Kardiologen für erwachsene Patienten verglichen werden. Kinderkardiologen hätten niedrigere Fallzahlen und ihre Leistungen müssten mit höheren Fallwerten honoriert werden.

Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 05.07.2005 für den Kläger das Regelleistungsvolumen des fachärztlich internistischen Bereiches mit dem Schwerpunkt Kardiologie mit den folgenden Punktzahlen fest:

- Für den Primärkassenbereich in der Altersgruppe 0 bis 5 Jahren 1370 Punkte
- Für den Primärkassenbereich in der Altersgruppe 6 bis 59 Jahren 1060 Punkte
- Für den Primärkassenbereich in der Altersgruppe 60 Jahren und älter 1611 Punkte
- Für den Ersatzkassenbereich in der Altersgruppe 0 bis 5 Jahren 1245 Punkte
- Für den Ersatzkassenbereich in der Altersgruppe 6 bis 59 Jahren 1253 Punkte
- Für den Ersatzkassenbereich in der Altersgruppe 60 Jahren und älter 1242 Punkte.

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

Hiergegen erhob der Kläger am 25.07.2005 Widerspruch. Er trug vor, die Arbeit der fachärztlich tätigen Internisten mit dem Schwerpunkt Kardiologie sei mit der Arbeit der Kinderkardiologen nicht vergleichbar. Die Krankheitsbilder seien grundverschieden, sodass die ärztlichen Leistungen und die Häufigkeit, diese zu erbringen grundlegend unterschiedlich seien. Kinderkardiologen sähen die Mehrzahl ihrer Patienten sehr oft nur einmal (z. B. zum Ausschluss eines Herzfehlers oder einer Herzerkrankung) oder nur in größeren Abständen (z. B. einmal im Jahr), sodass bei praktisch allen der Patienten (neben selteneren Leistungen) eine Ganzkörperuntersuchung, ein EKG und eine ausführliche (farbdoppler) echokardiographische Untersuchung inklusive Untersuchung der großen Gefäßstämme erforderlich sei. Praktisch immer schließe sich ein ausführlicheres Gespräch mit den besorgten Eltern an und immer werde von dem zuweisenden Arzt ein ausführlicher Arztbrief erwartet. Die Ziffern 1, 60, 78, 603, 618, 687 und 689 des "alten" EBM kämen daher bei einem Prozentsatz von ca. 95 bis 100 % der Patienten zur Abrechnung. Er belege dieses "Leistungsprofil" anhand von Ziffernstatistiken seiner Praxis und der einzelner Kinderkardiologen aus anderen Bundesländern sowie anhand der Stellungnahme des Kollegen Dr. Sch., erster Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Kinderkardiologen. Die gleiche ärztliche Leistung sei bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern sowie bei behinderten Kindern und Erwachsenen mit einem erheblich höheren Zeitaufwand verbunden. Sein Honorar werde sich bei einem Regelleistungsvolumen von ca. 1.200 Punkten sowie 4,0 Cent bzw. 0,15 Cent pro Punkt von durchschnittlich 100,00 EUR auf 50,00 EUR pro Patient halbieren. Zu diesen Bedingungen könne er die Leistungen zukünftig nicht mehr erbringen. Er beantrage, die Regelleistungsvolumina so zu erweitern, dass die im durchschnittlichen Quartal notwendigen und per Zuweisung angeforderten ärztlichen Leistungen zumindest einmal pro Patient und Quartal entsprechend dem dargestellten "kinderkardiologischen Profil" auch honoriert werden könnten. Der Zahlenwert eines solchen Regelleistungsvolumens liege bei 3.600 bis 3.700 Punkten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 02.11.2005, dem Kläger am 09.11. zugestellt, gab die Beklagte dem Widerspruch insoweit statt, als sie dem Kläger das doppelte Fallpunktzahlvolumen der fachärztlich tätigen Internisten mit dem Schwerpunkt Kardiologie ab dem Quartal II/05 als Regelleistungsvolumen zuerkannte. Im Übrigen wies sie den Widerspruch als unbegründet zurück. Die im Abrechnungsquartal für eine Praxis zutreffende Fallpunktzahl bestimme sich aus der Zugehörigkeit der Ärzte einer Praxis zu einer Arzt-/Fachgruppe unter Beachtung der angeführten Altersklassen. Für die Fachgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin seien entsprechende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen festgelegt. Der Vorstand sei ermächtigt, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogene Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 vorzunehmen. Nach diesen Bestimmungen wäre dem Kläger grundsätzlich die Regelleistungsvolumenfallpunktzahlen der Fachgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin zuzuerkennen gewesen. Da unter bestimmten Voraussetzungen Kinderärzte auch ausgewählte fachinternistische Leistungen erbringen dürften, habe der Vorstand eine Ausnahmeregelung beschlossen. Danach ist den fachärztlich tätigen Kinderärzten bei der Bemessung des Regelleistungsvolumens in den jeweiligen Praxen das entsprechende Regelleistungsvolumen des fachärztlich internistischen Bereiches mit dem Schwerpunkt Kardiologie bei Vorliegen der zugelassenen Schwerpunktbezeichnung Kinderkardiologie zuzuerkennen. Eine generelle Herausnahme sei nicht vorgesehen. Ein Vergleich der Fachgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie ergebe Folgendes:

RLV-Fallpunktzahl

Primärkassen Ersatzkassen

Altersgruppe der Patienten in Jahren: 0-5 6-59 60 und älter 0-5 6-59 60 und älter Arzt-/Fachgruppe

FA Kinder- und Jugendmedizin 528 344 331 640 433 631

FA für Innere Medizin mit SP Kardiologie 1.370 1.060 1.611 1.245 1.253 1.242

Für den Zeitraum der Quartale I bis IV/04 habe man eine Analyse zu den spezifisch kinderkardiologischen Leistungen im Verhältnis zum Abrechnungsumfang des alten EBM betreffend aller Kinderkardiologen der KV Hessen durchgeführt. Die Werte der klägerischen Praxis stellten sich wie folgt dar:

Quartal Fallzahl Fallwert Gesamt in allen Punkten Fallwert in Punkten LG 1-4, 8+9 Fallwert in Punkten GO-Nrn. 602 bis 689 EBM '96 Fallwert in Punkten LG 6

I/04 630 3.389,6 3.351,9 2.362,7 0,0

II/04 611 3.294,2 3.257,1 2.277,5 0,0

III/04 618 3.344,5 3.307,1 2.344,9 0,0

IV/04 599 3.350,3 3.312,0 2.350,6 0,0

Die Analyse, bezogen auf die spezifisch kinder-kardiologischen Leistungen, habe gezeigt, dass der Kläger ausschließlich kinder-kardiologisch tätig sei. Er erbringe beispielsweise keine Präventivleistungen bezogen auf die spezifisch kinder-kardiologischen Leistungen. Aufgrund seiner ausschließlich kardiologischen Tätigkeit überschreite er die RLV Fallpunktzahl um das Doppelte. Seine Fallwerte im Bereich der kardiologischen Leistungen nach den Nrn. 602 bis 689 EBM 1996 lägen in den betrachteten Zeitraum bei ca. 2.300 Punkten und damit wesentlich über den der anderen Kinderkardiologen. Zudem habe er keinerlei Leistungen im Bereich der LG 6 (Präventivleistungen) erbracht. Dem Kläger fehlten somit die üblichen "Verdünnere-Fälle". Von daher habe man ihm eine Verdoppelung des RLV-Fallpunktzahlvolumens des fachärztlich internistischen Bereiches mit dem Schwerpunkt Kardiologie zugestanden.

Hiergegen hat der Kläger am 28.11.2005 die Klage eingereicht. Ergänzend zu seinem bisherigen Vorbringen trägt er vor, die tatbestandlichen Voraussetzungen seien uneingeschränkt gerichtlich nachprüfbar. Die nach § 6 Abs. 3 HVV erforderlichen "Sicherstellungsgründe" seien gegeben. Der Bedarf folge aus seiner Sonderbedarfszulassung. Die Beklagte reflektiere zwar den Aspekt der Sonderbedarfszulassung dem Grunde nach, ziehe aber nicht die Konsequenzen hieraus. Es müssten die Leistungen ermittelt werden, die bei nahezu jedem Patienten unverzichtbar erbracht werden müssten, um das Vorliegen eines angeborenen Herzfehlers bzw. einer Herzerkrankung im Kinder- und Jugendalter abzuklären. Dazu könne auf ein Profil der seit Jahren unverändert durch ihn erbrachten Leistungen zurückgegriffen werden. Beispielhaft lasse sich für das Quartal II/05 aus der von ihm eingereichten Tabelle ablesen, welche Leistungen bei deutlich über 90 % der Patienten von ihm erbracht würden. Hieraus folge ein erforderliches Punktzahlvolumen für Patienten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr von 3.645 Punkten und für die Patienten ab dem 6. Lebensjahr von 3.635 Punkten. Er werde fast ausnahmslos auf Überweisung tätig, weshalb in nahezu allen Behandlungsfällen ein ausführlicher ärztlicher Bericht (Nr. 01601 EBM 2005) erforderlich sei. Am Ordinationskomplex (Nr. 04110 und 04111 EBM 2005) werde sein Patientenkontingent sichtbar, das sich etwa hälftig auf Patienten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr und ab dem 6. Lebensjahr aufteile. Die Erhebung des Ganzkörperstatus (Nr. 04311 EBM 2005) werde bei über 95 % der Behandlungsfälle erforderlich, weil er die überwiegende Mehrzahl seiner Patienten nur einmal oder nur in größeren Abständen sehe. Zusammen mit dem teilweise erforderlichen Belastungs-EKG (Nr. 04321 EBM 2005) ergebe sich eine Ansatzhäufigkeit von 97,5 %. Der kardiologisch diagnostische Komplex (Nr. 13550 EBM 2005) werde in 96,4 % der Behandlungsfälle abgerechnet. Die sonographische Untersuchung der abdominellen und/oder retroperitonealen Gefäße oder des Mediastinums mittels Duplex-Verfahren (Nr. 33073 EBM 2005) nebst Zuschlag für die Durchführung der Untersuchung als farbcodierte Untersuchung (Nr. 33075 EBM 2005) werde erforderlich, weil ohne die Ultraschalluntersuchung keine Diagnostik möglich sei. Bei der sonographischen Untersuchung sei die Verwendung des Farbdopplers unverzichtbarer Bestandteil der echokardiographischen Untersuchung der großen Gefäßstämme des Thorax und Abdomens, wofür er die Nr. 33075 EBM 2005 ansetze, im Quartal II/05 612mal. Die Beklagte habe im Honorarbescheid zum Quartal II/05 diese Leistung zu Unrecht gestrichen. Die Nr. 04120 EBM 2005 habe er in 41,1 % der Fälle angesetzt, da häufig ausführliche Gespräche mit den Eltern erforderlich seien. Die Beklagte habe selbst festgestellt, dass er keine so genannten Verdünner-Fälle habe. Allein für die nach ihrer Analyse festgestellten kardiologischen und angiologischen Leistungen benötige er einen Punktebedarf von ca. 2.300 Punkten. Die Beklagte habe somit den Sachverhalt ungenügend ermittelt. Die Beklagte habe sich auch nicht ausschließlich vom Zweck des § 6 Abs. 3 HVV leiten lassen, welcher allein auf Gründe der Sicherstellung abstelle. Sie ermittle sein RLV-Fallpunktzahlvolumen nicht auf Grundlage des Sicherstellungsaspektes, sondern auf Basis statistischer Durchschnittswerte "verwandter" Facharztgruppen, ohne dass diese Anknüpfung sachlich gerechtfertigt gewesen sei. Die Koppelung seines Regelleistungsvolumens an das Regelleistungsvolumen für Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie setze unzulässigerweise Ungleiches gleich. Dies werde bereits durch die Verdoppelung deutlich. Die lediglich statistische Verknüpfung ohne inhaltlichen Bezug zwischen ihm und dem Internisten sei entsprechend als sachfremde Erwägung einzuordnen, welche einen Ermessensfehler darstelle. Zu beachten sei auch, dass die Berechnungen der Beklagten auf dem EBM 1996 fußten, die ihm nun zugestanden Fallpunktzahlen hingegen den EBM 2005 betreffen würden. Der Punktebedarf nach dem neuen EBM 2005 sei aber gestiegen. Er habe sich durchschnittlich bei ihm von 3.279,8 Punkten pro Schein auf 3.667,1 Punkte erhöht. Die von der Beklagten vorgenommene vereinfachte Berechnung führe im Primärkassenbereich zu einer Verdoppelung der nicht nachvollziehbaren Differenz von 310 Punkten zwischen dem Regelleistungsvolumen der Altersgruppe 0 - 5 Jahre zu der Altersgruppe 6 - 59 Jahre. Angesichts gleicher Leistungen sei dies unverständlich. Im Ersatzkassenbereich betrage die Differenz zudem lediglich 8 Punkte. In der schlichten Verdoppelung des Regelleistungsvolumens liege ein Ermessensfehler vor. Die Leistung nach Ziffer 33075 EBM 2005 setze er neben Ziffer 33073 EBM 2005 an, was ihm die Beklagte ohne Bescheid kürze. Die Aufführung der Ziffer 33075 EBM 2005 im Kardiologisch-diagnostischen Komplex nach Ziffer 13550 EBM 2005 sei nach der Kommentarliteratur unverständlich und nicht erforderlich. Es gebe keinerlei Überschneidungen dieser Ziffern. Der Ganzkörperstatus sei erforderlich. Die Einwände der Beklagten seien spekulativ. Der Ganzkörperstatus sei auch nicht mit dem Ordinationskomplex abgegolten. Der Arztbrief sei erforderlich, der Leistungsinhalt werde von der Legende der Ziffer 01601 EBM 2005 beschrieben. Darüber hinaus müsse er nicht "ausführlich" sein. Die Beratungsleistung nach Ziffer 04120 EBM 2005 habe er, da er sie im Quartal II/05 nur in 41,1 % der Fälle angesetzt habe, nicht einbezogen. Gleichwohl könne sie mit anderen Leistungen eine Erhöhung rechtfertigen. Es möge angezeigt sein, sein "typisches Leistungsprofil" um die Leistungen nach Ziffer 04000 und 04005 EBM 2005 zu bereinigen. Es verbleibe ein Punktebedarf von 3.235 in der Altersgruppe 0 - 5 Jahre und von 3.225 in der Altersgruppe 6 - 59 Jahre. Damit ergebe sich eine Differenz von 935 bzw. 925 Punkte zu den von der Beklagten angenommenen 2.300 Punkten, um die das Regelleistungsvolumen zu erhöhen sei.

Der Kläger beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 05.07.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.11.2005 aufzuheben, soweit seinem Antrag über die zugestandenen Fallpunktzahlen hinaus nicht entsprochen wurde und die Beklagte zu verpflichten, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, unter Verweis auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid im Übrigen, ihr Bescheid sei nicht ermessensfehlerhaft. Sie habe den Sachverhalt ausreichend ermittelt und begründet. Der Kläger trage selbst vor, es handele sich um die Abrechnungen der gleichen EBM-Gebührenordnungspositionen wie bei den Internisten mit dem Schwerpunkt Kardiologie. Er trage lediglich vor, seine Patienten bedürften noch typischer kinder- und hausärztlicher Leistungen. Diesem Vortrag habe sie dahingehend Rechnung getragen, dass das RLV-Fallpunktzahlvolumen der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie verdoppelt worden sei. Für die rein kardiologischen Leistungen ergebe sich im Wesentlichen ein Punktzahlvolumen von 2.300 Punkten. Sie habe nicht lediglich an das Regelleistungsvolumen der Internisten angeknüpft. Bei Berechnung des klägerischen Punktzahlvolumens habe sie die kardiologischen Leistungen nach den Nrn. 602 bis 689 EBM 1996 herangezogen. Im Mittel sei eine Abwertung der Punktzahlen im EBM 2005 gegenüber dem EBM 1996 erfolgt. Die vom

Kläger angeführten Grundleistungen unterlägen nicht sämtliche dem Regelleistungsvolumen. Die hausärztliche Grundvergütung sei nicht der Honorargruppe 2, sondern der Honorargruppe 1 zugeordnet und werde mit einem Bruttopunktwert von 5,11 Cent vergütet. Die versorgungsbereichsspezifische Bereitschaftspauschale unterliege ebenfalls nicht dem Regelleistungsvolumen. Die in Nr. 33075 (Zuschlag Farbduplex) habe der Kläger in den Quartalen II/05 bis II/06 nicht abgerechnet. Es könne sein, dass er sie angesetzt habe, die Leistung gehe aber im kardiologischen diagnostischen Komplex auf und sei fakultativer Leistungsinhalt der Nr. 13550 EBM 2005. Soweit der Kläger überwiegend auf Überweisung tätig werde, müsse ein Ganzkörperstatus nicht in jedem Einzelfall erbracht werden. Es lägen Voruntersuchungen vor. Durch die Verdoppelung habe der Kläger ein Punktzahlvolumen von 2.120 bis 2.740. Das Regelleistungsvolumen stelle eine Mischkalkulation dar. Soweit es sich um angeborene Herzfehler bzw. Herzerkrankungen im Kinder- und Jugendalter handle, sei nur ein Organ des Körpers betroffen. Es sei nicht immer nachvollziehbar, einen Ganzkörperstatus zu erheben. Diese Leistungen seien durch den Ordinationskomplex bzw. im kardiologischen Komplex abgegolten. Der Ordinationskomplex beinhalte auch bereits eine Gesprächsleistung. Der Kläger könne durch die Sonderregelung Fallwerte erzielen, die denen des Zeitraums I/04 bis I/05 entsprächen. Ausweislich der Nachweise zur Ausgleichsregelung gemäß Ziffer 7.5 HVV habe der Kläger im Quartal II/04 einen Fallwert von 104,9753 EUR, im Quartal II/05 von 93,2871 EUR und im Quartal II/06 von 101,4110 EUR erzielt. Im Quartal I/05 habe der Kläger einen Fallwert von 98,0059 EUR im Vergleich zu 97,4442 EUR im Quartal I/06 erzielt. Entsprechendes gelte für weitere Quartalsvergleiche. Der Kläger erreiche im Zeitraum ab dem Quartal II/05 einen Fallwert von ca. 100,00 EUR, der nach seiner eigenen Einschätzung im Widerspruchsverfahren ausreichend sei. Auch nach Überschreiten des Regelleistungsvolumens erfolge noch eine Vergütung von zunächst 0,51 Cent (brutto). Im Ersatzkassenbereich habe der untere Punktwert ab dem Quartal II/05 ff. zwischen 2 und 3 Cent gelegen. Es gebe ferner eine Regelung zur Vermeidung von Fallwertverlusten. Eine Vergleichbarkeit mit den internistischen Kardiologen ergebe sich auch denklogisch bereits aus der Behandlung des gleichen Organs und der Abrechnung gleicher EBM-Ziffern. Der Sonderstellung des Klägers sei durch die Verdopplung des Regelleistungsvolumens hinreichend Rechnung getragen worden. Das Regelleistungsvolumen müsse als Mischkalkulation typisierend und generalisierend festgesetzt werden und könne nicht jede geringfügige Abweichung berücksichtigen. Ihr komme bei der Ausnahmeregelung ein Beurteilungsspielraum zu. Der EBM 1996 könne herangezogen werden; der EBM 2005 enthalte bzgl. des Klägers eine Abwertung der Leistungen.

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

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und 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 auch begründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 05.07.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.11.2005 ist rechtswidrig und war daher aufzuheben. Der Kläger hat einen Anspruch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 05.07.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.11.2005 ist rechtswidrig.

Nach der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Verbänden der Krankenkassen zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005, bekannt gemacht als Anlage 2 zum Landesrundsreiben/Bekanntmachung vom 10.11.2005 (HVV) sind nach Ziffer 6.3 praxisindividuelle Regelleistungsvolumen zu bilden, da 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 praxispezifischen Regelleistungsvolumens. Dabei bestimmt sich im Falle von Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten, die keiner Leistungsbeschränkung unterliegen, die Fallzahlobergrenze aus den arztgruppenbezogenen durchschnittlichen Fallzahlen im entsprechenden Vorjahresquartal je in der Gemeinschaftspraxis tätigen Art bzw. Psychotherapeuten.

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

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

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

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

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

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

Honorarverteilungsvertrag nachfolgende Regelleistungsvolumina zu vereinbaren, für die dieser Beschluss die Inhalte der Regelungen vorgibt (III.3.1 Abs. 1 BRLV). Die in 4. aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen unterliegen nicht den Regelleistungsvolumina (III.3.1 Abs. 4 BRLV).

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

In der Anlage 1 BRLV werden unter den Arztgruppen, für die Arztgruppentöpfe gemäß III.1. BRLV und Regelleistungsvolumen gemäß III.3.1 BRLV berechnet werden, die Fachärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin genannt. Entsprechend hat der HVV auch die Fach(unter)gruppe A 2.2 gefasst.

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

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

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

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sieht, darf der Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung, was nach Auffassung der Kammer auch unter Geltung eines Honorarverteilungsvertrags gilt, außer zu konkretisierenden Bestimmungen, die nicht im voraus für mehrere Quartale gleichbleibend festgelegt werden können, auch dazu ermächtigt werden, Ausnahmen für sog. atypische Fälle vorzusehen. Es ist eine typische Aufgabe des Vorstandes, zu beurteilen, ob sog. atypische Fälle die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen erfüllen. Dabei beschränkt sich die Kompetenz des Vorstandes nicht auf die Statuierung von Ausnahmen für "echte Härten", vielmehr müssen sie generell für atypische Versorgungssituationen möglich sein (vgl. BSG, Urte. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) = [MedR 2000, 153](#), juris Rn. 36; BSG, Urte. 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, Urte. 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, Urte. 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, Urte. 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 vorliege, die zwar allein noch nicht ausreiche, aber immerhin ein Indiz für eine entsprechende Spezialisierung darstelle (vgl. zuletzt BSG, Urte. 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, Urte. v. 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 1](#), juris Rn. 23; BSG, Urte. v. 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 31](#), juris Rn. 26 f.).

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

Diese Regelungen werden von 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, nur unzureichend Gebrauch gemacht.

Zutreffend ist die Beklagte aufgrund des besonderen Leistungsspektrums des Klägers von einem Sonderfall ausgegangen. Nach dieser Ermächtigung ist der Vorstand verpflichtet, bei Vorliegen von Sicherstellungsgründen sein Ermessen im Hinblick auf eine Sonderregelung auszuüben. Dies hat die Beklagte im Grundsatz nicht verkannt. Nach Auffassung der Kammer hat die Beklagte von ihrem Ermessen aber fehlerhaft Gebrauch gemacht.

Die Beklagte hat dem Kläger im Ergebnis das doppelte Regelleistungsvolumen der internistischen Kardiologen zugestanden. Dies führt zu erheblichen Unterschieden in den beiden Kassenbereichen und auch innerhalb der Altersgruppen, ohne dass dies die Beklagte begründet hätte. Der Kläger hat bei nahezu allen Patienten einen ähnlichen Behandlungsablauf, unabhängig davon, zu welchem Kassenbereich die Patienten gehören und welcher Altersgruppe sie zugehören. Die Unterschiede, die sich bei der Bildung der Regelleistungsvolumina ergeben, beruhen auf der statistischen Berechnungsart. Im Rahmen einer Sonderregelung können diese nicht ohne Darlegung der Gründe übertragen werden. Von einer einfachen Vergleichbarkeit kinderärztlicher und internistischer Kardiologen geht offensichtlich auch die Beklagte nicht aus, sonst hätte sie das Regelleistungsvolumen nicht verdoppeln können. Die Beklagte wird daher die Punktzahlen für den Kläger im Einzelnen zu begründen haben.

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

Nach allem war der Klage daher stattzugeben.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2010-07-05