

S 12 KA 18/07

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 18/07

Datum

21.05.2008

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 52/08

Datum

11.08.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 36/10 R

Datum

13.12.2011

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Einer schmerztherapeutischen Praxis kann, auch wenn sie überwiegend aus Anästhesiologen besteht, nicht das Regelleistungsvolumen der Anesthesisten bzw. für angestellte Ärzte das der Allgemeinmediziner bzw. hausärztlich tätigen Internisten zuerkannt werden, weil ihre Tätigkeit zu sehr von der der Fachgruppe abweicht.

2. Bei einer Neubeschreibung kann die Kassenärztliche Vereinigung berücksichtigen, dass die Regelleistungsvolumina selbst nur auf einer 80 %-Grundlage berechnet sind.

1. Unter Aufhebung des Bescheides vom 02.12.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.12.2006 wird die Beklagte verpflichtet, die Klägerin über den Antrag auf Erhöhung der Fallpunktzahlen im Regelleistungsvolumen ab dem Quartal II/05 unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Die Beklagte hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Zuerkennung einer Ausnahmeregelung für das Regelleistungsvolumen nach Ziffer 6.3 des Honorarverteilungsvertrages der Beklagten ab dem Quartal II/05.

Die Klägerin ist als medizinisches Versorgungszentrum in der Rechtsform einer Gesellschaft des Bürgerlichen Rechts zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Zunächst waren Frau Dr. D, Frau Dr. E, Frau Dr. F und Herr Dr. G, alles Fachärzte für Anästhesiologie, bis zum 30.04.2005 in Gemeinschaftspraxis tätig. Sie schlossen sich zusammen mit Frau G, hausärztlich tätige Internistin, in der Zeit vom 01.05. bis 30.09.2005 zu dem klagenden medizinischen Versorgungszentrum zusammen. Zum 01.10.2005 schied Frau Dr. G aus dem MVZ aus und als Nachfolger kam der Facharzt für Allgemeinmedizin Herr Dr. H hinzu. Herr Dr. H ist, wie seine Vorgängerin, als angestellter Arzt des MVZ tätig und wird mit dem Bewertungsfaktor von mehr als 30 Stunden seitens der Beklagten geführt. Seit 01.07.2006 wurde von der Klägerin Herr Dr. I, Facharzt für Allgemeinmedizin mit der zusätzlichen Fachgebietsanerkennung Anästhesiologie, als weiterer Arzt angestellt. Alle sechs im MVZ tätigen Ärzte besitzen die Genehmigung zur Erbringung von Schmerztherapien nach den Ziffern 30700 und 30701 EBM 2005. Die Beklagte ordnet die Klägerin der Honorargruppe B 2.1 des Honorarverteilungsvertrages und abrechnungstechnisch der Fachgruppe/Arztgruppe der Fachärzte für Anästhesiologie Vfg 09-00 zu.

Die Gemeinschaftspraxis erwirtschaftete im Quartal I/05 im Bereich der Primär- und Ersatzkassen bei 1.435 abgerechneten Behandlungsfällen ein quotiertes Honorar in Höhe von 232.116,31 EUR. Für die Folge quartale ergeben sich die Festsetzungen der Beklagten aus nachfolgender Übersicht:

Quartal II/05 GP II/05 MVZ III/05 IV/05 I/06

Honorarbescheid v. 29.06.2006 29.06.2006 12.08.2006 28.11.2006 20.01.2007

Nettohonorar 86.855,81 161.815,85 133.570,80 142.959,94 149.035,77

Bruttohonorar PK+EK 88.627,76 164.521,57 135.870,96 146.097,37 152.481,09

Fallzahl 977 1.326 1.194 1.234 1.289

Fallzahlabhängige Quotierung Ziff. 5.2.1HVV

Fallzahlgrenze 484 1.442 2.185 2.315 2.271

Fallzahl 977 1.326 1.194 1.234 1.256

Quote in % 62,15 - - - -

Regelleistungsvolumen nach Ziff. 6.3 HVV

Fallzahl 613 1.326 1.194 1.234 1.256

Fallwert 1.763,9 1.586,1 1.591,3 1.586,8 1.582,3

Praxisbezogenes RLV 1.018.652,2 2.103.168,6 1.900.012,2 1.958.112,2 1.987.368,8

Abgerechnetes Honorarvolumen 1.485.430,0 2.920.678,0 3.674.108,0 4.011.868,5 3.427.356,5

Überschreitung 466.777,8 817.509,4 1.774.095,8 2.053.753,3 1.439.987,7

Überschreitung in %- 45,8 38,9 93,4 104,9 72,5

Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV

Referenz-Fallzahl 442 1.337 1.194 1.933 1.841

Referenz-Fallwert 170,7416 128,8658 126,1109 133,9321 134,2479

Aktueller Fallwert 29,9697 105,0979 108,0339 106,0243 88,5397

Auffüllungsbetrag je Fall 132,2348 17,3246 3,5897 9,6018 21,5001

Auffüllungsbetrag gesamt 58.447,78 22.972,42 4.286,05 11.848,61 27.004,12

Quartal II/06 III/06 IV/06 I/07

Honorarbescheid v. 06.07.2007 17.03.2007 18.04.2007 17.07.2007

Nettohonorar 152.532,17 171.910,82 183.058,80 203.643,17

Bruttohonorar PK+EK 155.462,18 175.171,96 1.621 1.727

Fallzahl 1.355 1.564 184.984,10 206.215,78

Fallzahlabhängige Quotierung Ziff. 5.2.1HVV

Fallzahlgrenze 2.355 1.397 1.461 1.502

Fallzahl 1.319 1.534 1.584 1.675

Quote in % - - 94,17 -

Regelleistungsvolumen nach Ziff. 6.3 HVV

Fallzahl 1.319 1.534 1.496 1.675

Fallwert 1.583,5 1.459,7 1.457,3 1.455,1

Praxisbezogenes RLV 2.088.636,5 2.239.179,8 2.180.120,8 2.437.292,5

Abgerechnetes Honorarvolumen 2.958.263,5 3.466.724,5 2.932.818,0 3.123.202,5

Überschreitung 869.627,0 1.227.544,7 752.697,2 685.910,0

Überschreitung in %- 41,6 54,8 34,5

Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV

Referenz-Fallzahl 2.303 1.194 1.447 1.488

Referenz-Fallwert 100,0983 111,6236 117,2278 113,6356

Aktueller Fallwert 108,6347 102,7453 97,5613 101,6854 Auffüllungsbetrag/Korrekturbetrag je Fall - 1,2644 3,2971 11,5858 6,2684

Auffüllungsbetrag/Kürzungsbetrag gesamt - 1.667,72 3.936,74 16.764,66 9.327,380

- Berechnung der Kammer

Die Klägerin beantragte am 13.04.2005, die Regelleistungsvolumina für Schmerzpraxen gesondert zu berechnen und auszuweisen. Sie führte unter Datum vom 01.08.2005 aus, die Auswertung der Abrechnung für das Quartal II/05 habe zu dem von ihr prognostizierten Umsatzrückgang von über 30 % geführt. Hierbei habe sie allerdings noch die für Anästhesisten gültigen Regelleistungsvolumina von 1.600 Punkten im Durchschnitt zugrunde gelegt. Sollte es zur Bildung eines Mittelwerts der Fallpunktzahlen kommen, so werde sich der Umsatzrückgang auf mindestens 50 % belaufen. Es müsse eine gewichtete Mittelung stattfinden und keine, die einem Hausarztanteil von 20 % zu einer 50 %igen Berücksichtigung bei der Mittelung entspreche. Auch eine rein arithmetische Betrachtungsweise bei den Fallzahlen sei unlogisch und implausibel. Der Zusammenschluss in einem medizinischen Versorgungszentrum für eine interdisziplinäre Behandlung der Schmerzpatienten werde zu keiner nennenswerten Fallzahlausweitung führen. Durch die Hinzunahme eines Allgemeinmediziners werde sich die Fallzahl um maximal 300 Patienten erhöhen. Dies entspreche der maximal möglichen Patientenzahl, die nach der Qualitätssicherungsvereinbarung qualifiziert durch eine schmerztherapeutische Einrichtung pro Arzt behandelt werden könne. Die Regelleistungsvolumina für Schmerztherapeuten berücksichtigten nicht die Behandlungsdichte, die für eine konsequente und effektive Versorgung von Schmerzpatienten notwendig sei. Dies drücke sich insbesondere auch darin aus, dass in anderen KV-Bereichen wie Niedersachsen und Baden-Württemberg die Regelleistungsvolumina für schmerztherapeutische Schwerpunktpraxen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung um das Doppelte höher lägen, anästhesiologische Leistungen teilweise ausbudgetiert würden. An deren Regelung müsse sich die Bewilligung anlehnen. Auch der Ordinationskomplex mit mittleren Kontaktzahlen von 1,3 bis 1,8 Kontakten pro Quartal habe mit der besonderen Versorgungsdichte bei Schmerz- und Palliativpatienten nichts zu tun. Der Kontakt liege im Schnitt bei fünf und mehr Kontakten pro Quartal. Die angekündigten Regelleistungsvolumina kämen einer vorsätzlichen Existenzvernichtung gleich. Unter Datum vom 14.09.2005 führte sie weiter aus, die angekündigte gewichtete Berechnung sei ein Fortschritt, berücksichtige aber nicht hinreichend die Besonderheiten des interdisziplinär arbeitenden Schmerz- und Palliativzentrums. Unter Datum vom 11.10.2005 führte die Klägerin aus, nach Einführung des EBM 2005 würden die ihr gewährten Punktzahlen mindestens um 1/3 reduziert werden. Es sei nicht nachvollziehbar, dass für alle an der Schmerztherapie teilnehmenden Ärzte der unterschiedlichen Fachrichtungen und unterschiedliche Regelleistungsvolumina zugrunde gelegt würden. Die inhaltlichen Anforderungen richteten sich für alle nach der Qualitätssicherungsvereinbarung, deshalb müsse im Sinne einer Gleichbehandlung auch ein einheitliches Regelleistungsvolumen für alle Teilnehmer an der Qualitätssicherungsvereinbarung "Schmerztherapie" gewährt werden. Außerdem müssten, je nach Zusatzqualifikation, entsprechende Zusatzbudgets für die Qualifikationen Psychosomatik, Palliativmedizin und Chirotherapie zur Verfügung gestellt werden.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 02.12.2005 den Antrag auf eine Sonderregelung des Regelleistungsvolumens für Schmerzpraxen für

die Quartale ab II/05 ab. Die Fallpunktzahlen für das Regelleistungsvolumen im Quartal II/05 errechnete sie wie folgt:

ANR. 4501032 (GP) 01.04.2006 – 30.04.2005 Primärkassen Ersatzkassen
Altersgruppe 0 – 5 6 – 59 –) 60 0 – 5 6 – 59 –) 60
Fallpunktzahl lt. HVV für Anästhesisten 1.616 1.586 1.548 2.412 1.600 1.770
zuzügl. 130 Punkte Aufschlag nach HVV für MVZ 1746 1716 1678 2542 1730 1900

ANR. 4533657 (MVZ) ab 01.05.2005 Primärkassen Ersatzkassen
Altersgruppe 0 – 5 6 – 59 –) 60 0 – 5 6 – 59 –) 60
Fallpunktzahl lt. HVV für FA für Anästhesie 1.616 (4 x) 1.586 (4 x) 1.548 (4 x) 2.412 (4 x) 1.600 (4 x) 1.770 (4 x)
Fallpunktzahl lt. HVV für hausärztl. Versorg. 520 (1 x) 576 (1 x) 1.059 (1 x) 424 (1 x) 475 (1 x) 821 (1 x)
zuzügl. 130 Punkte Aufschlag nach HVV für MVZ 1527 1514 1580 2144 1505 1710

Für das Quartal III/05 würden für das MVZ die gleichen Fallpunktzahlen wie im Quartal II/05 gelten. Nach den Festlegungen des Vorstands der KV Hessen könne eine Sonderregelung nur bei Vorliegen einer absoluten Sicherstellungsproblematik erfolgen. Eine Überprüfung der Versorgungs- und Bedarfssituation habe ergeben, dass im Planungsbereich A-Stadt neben der Klägerin zwei weitere Ärzte für Anästhesiologie niedergelassen seien, die über eine Genehmigung für die Schmerztherapie verfügten und die Leistungen nach den Ziffern 8450 und 8451 EBM 1996 bzw. 30700 und 30701 EBM 2005 in der Vergangenheit abgerechnet hätten. Insgesamt würden diese Leistungen von zehn Praxen (einschließlich der Klägerin) abgerechnet werden und bestünde die Genehmigung ab dem 01.04.2005 fort. Bei diesen Praxen handele es sich um anästhesiologische, orthopädische und allgemeinmedizinische Praxen, die sich maximal in ca. 18 km Entfernung zu dem Sitz der Klägerin befänden. Es sei ferner festzustellen, dass die Klägerin die Leistungen nach den Ziffern 8450 und 8451 EBM 1996 im Vergleich zum Durchschnitt der Fachgruppe im Quartal I/05 nicht wesentlich häufiger abgerechnet habe. Im Ergebnis sei somit von keiner Sicherstellungsproblematik in Bezug auf die schmerztherapeutischen Leistungen auszugehen. Eine Möglichkeit für eine generelle Herausnahme der schmerztherapeutischen Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen sehe der Honorarverteilungsvertrag schließlich auch 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 die Regelleistungsvolumina zu beachten sei.

Hiergegen legte die Klägerin am 22.12.2005 Widerspruch ein. Darin führte sie aus, die Beklagte gehe nicht auf ihre Kritik unterschiedlicher Regelleistungsvolumina ein. Auch setze sich die Beklagte nicht mit ihren Honorareinbrüchen auseinander. Eine Sicherstellungsproblematik werde dann auftreten, wenn sie ihre Tätigkeit einstellen müsse. Die Beklagte gehe auch nicht auf die Ungleichbehandlung der Schmerztherapeuten bundesweit ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 13.12.2006, der Klägerin am 19.12. zugestellt, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung legte sie nochmals die Berechnung der Regelleistungsvolumina dar und führte weiter aus, das Regelleistungsvolumen führe nicht zu einem Ausschluss der Honorierung der durchgeführten Leistungen, sondern zu einer Bewertung der überschreitenden Honorarforderung zu einem unteren Punktwert. Die Vorgaben zur Ermittlung des relevanten Regelleistungsvolumens bei Gemeinschaftspraxen/MVZ durch Bildung eines arithmetischen Mittelwerts der Fallpunktzahlen der in der Gemeinschaftspraxis/MVZ vertretenen Arztgruppen samt Zuschlagsregelung seien durch Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) in seiner 93. Sitzung am 29.10.2004 erfolgt. Diese Bestimmungen seien im Honorarverteilungsvertrag umgesetzt worden. Hiervon könne sie nicht einseitig abweichen. Von daher sei auch die unterschiedliche Fachgruppenzugehörigkeit zu beachten. Eine Sicherstellungsproblematik bestehe nicht, wie der Kläger auch in der Widerspruchsbegründung bestätigt habe. Bei Fallwertverlusten komme es im Übrigen zur Anwendung der Ausgleichsregelung, die in den Quartalen II und III/05 zu Auffüllungsbeträgen geführt habe. Ihr Vorstand habe im Sinne einer grundsätzlichen Beschlussfassung festgestellt, dass Ausnahmeregelungen zum Regelleistungsvolumen nicht zugestimmt werden könne, wenn Honorarverwerfungen bereits durch einen Auffüllungsbetrag im Rahmen der Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV Berücksichtigung gefunden hätten. Die Regelungen in Niedersachsen und Baden-Württemberg könnten nicht auf den Geltungsbereich der KV Hessen übertragen werden.

Hiergegen hat die Klägerin am 16.01.2007 die Klage erhoben. Zur Begründung ihrer Klage trägt sie vor, nach der bis zum 01.04.2005 geltenden sog. Schmerztherapievereinbarung hätten schmerztherapeutisch tätige Ärzte für die Erhebung einer standardisierten Anamnese einmal im Krankheitsfall 81,80 EUR nach Ziffer 8450 erhalten und für die (weitere) Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten je Behandlungsfall 61,35 EUR nach Ziffer 8451. Im Zuge der Einführung des EBM 2005 zum 01.04.2005 sei die Schmerztherapievereinbarung durch die so genannte Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie abgelöst und seien die Ziffern 30700 (1.475 Punkte) und 30701 (895 Punkte) EBM 2005 eingeführt worden. Bei einem Punktwert von 0,046 Cent ergäben sich Beträge von 67,85 bzw. 41,17 EUR. Dies bedeute eine Mindervergütung um 17 % bzw. 33 % gegenüber zuvor. Beide Ziffern seien nicht mehr wie früher nebeneinander abrechenbar und es gelte grundsätzlich eine Beschränkung auf eine Fallzahl von 300/Quartal (Ziffer 3 der Präambel zum Kapitel 30.7 EBM 2005). Es gelte eine Mindestdauer von 60 bzw. 35 Minuten. Verhandlungen der Berufsverbände der Schmerztherapeuten wegen der unzureichenden Regelungen blieben erfolglos. Der Vorstand der Beklagten habe, um die niedergelassenen Schmerztherapeuten zur Weiterführung der Schmerztherapie zu bewegen, ein Schreiben vom 27.06.2005 an diese gerichtet, in dem er ihnen eine Begrenzung der Fallwertverluste im Vergleich zu den Vorjahresquartalen 2004 auf maximal 5 % bzw. einen entsprechenden Ausgleich zugesichert habe. Allein aufgrund dieser Zusage habe sich die Klägerin bereit erklärt, die Versorgung der Schmerzpatienten fortzuführen und die entsprechende Leistungs- und Abrechnungsgenehmigung nach der Schmerztherapievereinbarung zu beantragen. Die für die Berechnung des Regelleistungsvolumens erfolgte Eingruppierung in die Honorar-Untergruppe der Anästhesisten sei nicht geeignet, ihr Leistungsspektrum als ausschließlich schmerztherapeutisch tätiges MVZ abzubilden. Diese Eingruppierung verstoße gegen den aus [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in Verbindung mit [Artikel 3](#) und [Artikel 12 GG](#) folgenden Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung und das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit, als ihr für den vorgehaltenen ausschließlich schmerztherapeutischen Schwerpunkt kein Zusatzmodul gewährt werde. Ziffer 7.5 HVV kompensiere dies nicht, da der Ausgleich zumindest nicht in allen Quartalen bis zu einem Fallwertverlust von 5 % durchgeführt worden sei. Das Leistungsspektrum von Schmerztherapeuten sei nicht mit demjenigen "herkömmlicher" Anästhesisten vergleichbar. Der operative Schwerpunkt der "herkömmlichen" Anästhesisten sei gemäß Anlage 3 Ziffer 7.1 HVV nach § 6, Ziffer 6.1 HVV der Honorargruppe A 5/B 5 zugeordnet und unterliege damit nicht dem Regelleistungsvolumen gemäß Ziffer 6.3 HVV, sodass das Regelleistungsvolumen der Anästhesisten entsprechend niedrig sei. Die Schmerztherapievereinbarung umreißte das Gebiet der Schmerztherapie. Dies zeige deutlich

den Unterschied zu den "herkömmlichen" Anästhesisten. Hinzu komme die Zeitgebundenheit der Leistungen nach Ziffer 30700 und 30701 EBM 2005. Hieraus ergebe sich auch, weshalb die Fallzahlgrenze der ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Ärzte bei 300 liege. Sog. Verdünnerscheine fehlten in einer schmerztherapeutischen Praxis. Auch die bei ihr tätigen Allgemeinmediziner seien ausschließlich schmerztherapeutisch tätig und könnten somit nicht der Fachgruppe der Allgemeinmediziner zugeordnet werden. Der arithmetische Mittelwert führe dazu, dass die Fallpunktzahl erheblich abgesunken sei. Der Aufschlag von 130 Punkten müsse auch bei einem rein anästhesiologischen MVZ erfolgen. Nach Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 könnten im HVV weitere Differenzierungen oder Zusammenfassungen der dort genannten Arztgruppen vereinbart werden. Eine Ausweitung der Fallzahlen sei aufgrund der Schmerztherapievereinbarung nicht möglich. Auch hieraus ergebe sich eine Stützpflicht der Beklagten. Die das Regelleistungsvolumen überschreitenden Punktzahlen seien zum unteren Punktwert vergütet worden, der etwa bei 0,0047 Cent gelegen habe, der obere Punktwert dagegen bei 0,029 bis 0,035 Cent (Quartale II und III/05). Ferner verstoße die Honorarabrechnung gegen den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung aus [§ 85 Abs. 4 SGB V](#). Im Quartal III/04 hätte die Praxis bei lediglich vier schmerztherapeutisch tätigen Ärzten noch ein Gesamthonorar von 218.395,31 EUR, mithin pro Arzt ein Honorar von 54.598,82 EUR erzielt. Mit Ausnahme des Quartals II/05 sei in der Folgezeit nur noch ein durchschnittliches Honorar von 30.396,22 EUR erzielt worden. Sollte es bei dem derzeitigen Regelleistungsvolumen bleiben, so müsse sie ihre schmerztherapeutische Tätigkeit aufgeben. Die entsprechende Bedarfsanalyse der Beklagten beruhe einzig auf den Ziffern 30700/30701 EBM 2005 und deren Abrechnungshäufigkeit. Aufgrund der Inhomogenität der Gruppe der Schmerztherapeuten müsse sich eine Analyse auch auf das schmerztherapeutische Leistungsspektrum erstrecken. Die Fallzahlen müssten getrennt nach chronisch schmerzkranken Patienten und "normalen" Patienten überprüft werden. Eine Nachfrage bei den schmerztherapeutisch tätigen Ärzten über ihre Behandlungskapazitäten sei nicht erfolgt. Die anderen schmerztherapeutischen Praxen in A-Stadt verfügten entweder nicht über rollstuhlgeeignete Praxisräumlichkeit und/oder ein weiteres begrenztes schmerztherapeutisches Leistungsspektrum. Ausgleichszahlungen folgten nicht immer bis zu einem Fallwertverlust von höchstens 5 %, so nicht in den Quartalen III/05, IV/05, I/06 und IV/06. Durch die Hinzurechnung der Fallwerte der zum 01.05.2005 übernommenen hausärztlichen Praxis der Frau Dr. X. sei es in den Quartalen IV/05 und I/06 zu einem "künstlichen" Abfall der Referenzfallwerte gekommen. Frau Dr. G habe zwar nicht über die Zusatzbezeichnung "spezielle Schmerztherapie" und über die Teilnahmegenehmigung an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie verfügt, sie sei jedoch zur Weiterbildung und Erlangung der fehlenden Bezeichnung und damit ausschließlich schmerztherapeutisch tätig gewesen, während Frau Dr. X. ausschließlich hausärztlich tätig gewesen sei. Ohne die Hinzurechnung der Fallwerte der Frau Dr. X. hätten sich für die Quartale IV/05 und I/06 mehr als doppelt so hohe Auffüllungsbeträge ergeben. Unklar sei, welche Werte für die Einzelpraxis des Herrn Dr. I im Quartal IV/06 herangezogen worden seien. Die Zusage der Vorstandsvorsitzenden der Beklagten vom 27.06.2005 sei als unbedingte Zusage im Sinne eines Verwaltungsaktes zu qualifizieren. Die unbedingte Ausgleichspflicht im Bereich der speziellen Schmerztherapie ergebe sich ferner aus einem Schreiben des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der Beklagten vom 07.11.2006. Auf die Zusage der Vorsitzenden der Beklagten hin sei sie in das Ärztehaus A-Stadt umgezogen und sei Verbindlichkeiten in einer Höhe von ca. 300.000,00 EUR eingegangen. Eine Umorientierung bis zum Erhalt der Honorarbescheide II und III/05 im Juli bzw. Oktober 2006 sei nicht möglich gewesen, da sie auf die Zusage vertraut hätte. Weitere Gelder aufgrund einer Vereinbarung im Primärkassenbereich hätten an die Schmerztherapeuten ausbezahlt werden sollen. Dies sei aber bisher nicht geschehen. Eine Quersubventionierung sei ihr nicht möglich. Es sei ihr ein Aufschlag von mindestens 40 % auf die für die Ermittlung des Regelleistungsvolumens maßgebliche durchschnittliche Fallpunktzahl zu gewähren.

Die Klägerin beantragt,

unter Aufhebung des Bescheids der Beklagten vom 02.12.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides der Beklagten vom 13.12.2006 die Beklagte zu verpflichten, sie über ihren Antrag auf Erhöhung der Fallpunktzahlen im Regelleistungsvolumen unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt weiter vor, die Bildung von Regelleistungsvolumen sei nicht zu beanstanden. Anders als bei den Fachärzten für innere Medizin komme es bei den Anästhesisten und Allgemeinmedizinerinnen ausschließlich auf die Fachgruppenzugehörigkeit und nicht den Versorgungsschwerpunkt an. Insofern sei sie an den Beschluss des Bewertungsausschusses gebunden. Eine Sicherstellungsproblematik bestehe nicht. Sie habe den Bedarf zutreffend ermittelt. Der Begriff der Sicherstellung der Versorgung sei nicht mit dem Begriff des Versorgungsangebotes gleich zu setzen und aus ihm heraus zu definieren, sondern enger zu fassen, da sonst die von Ärzten erbrachten Leistungen die Notwendigkeit des Versorgungsumfanges definieren könnten. Die in Ziffer 6.3 HVV enthaltene Ermächtigung, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung praxisbezogene Änderungen der Fallpunktzahlen vorzunehmen, sei bereits aus der Funktion der Regelleistungsvolumen heraus auf Ausnahmefälle zu begrenzen. Eine Umsetzung liege in ihrem Ermessen. Maßgeblich sei eine objektive Betrachtung, die die Versorgungssituation im Einzugsbereich der klägerischen Praxis widerspiegele. Eine Rolle spiele in diesem Zusammenhang u. a. die Fragen, ob es sich um einen städtischen oder einen ländlichen Versorgungsbereich handle und wie viele Ärzte im Umkreis der klägerischen Praxis vergleichbare Leistungen erbrächten. Diese Umstände habe sie in ihrer Bedarfsanalyse ermittelt. Auch Schmerztherapeuten anderer Fachgruppen hätten die Genehmigung zur Abrechnung der betreffenden Ziffern, sodass auch diese im Rahmen der Sicherstellung zu berücksichtigen seien. Hierbei handle es sich um Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Allgemeinmedizin, Orthopädie und Anästhesiologie jeweils mit der Genehmigung Schmerztherapie, die in A-Stadt niedergelassen seien. Daneben seien weitere Fachärzte mit Genehmigung zur Schmerztherapie in der nahen Umgebung zu A-Stadt (maximal 20 km Entfernung) niedergelassen. Insgesamt handle es sich zum Stichtag des 01.10.2005 um drei Gemeinschaftspraxen und sechs Einzelpraxen in diesem Umkreis, die neben der Klägerin tätig seien. Gesichtspunkte einer Sonderbedarfszulassung seien nicht maßgebend. Die Vermutung der Klägerin, andere schmerztherapeutische Praxen in A-Stadt verfügten nicht über rollstuhlgeeignete Praxisräumlichkeiten, sei weder belegt, noch im Zusammenhang mit der Sicherstellung von Bedeutung. Die Klägerin sei auch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätig gewesen. Frau Dr. G habe nicht über eine Teilnahmegenehmigung an der Schmerztherapie verfügt. Der Vortrag, sie sei im Rahmen ihrer Weiterbildung ausschließlich schmerztherapeutisch tätig gewesen, sage zum einen nichts über ihren hier maßgeblichen Tätigkeitsbereich außerhalb der Weiterbildung aus und sei zum anderen nicht geeignet, eine Sonderregelung aus Sicherstellungsbedarf zu begründen. Ein Rückgang der schmerztherapeutischen Versorgung sei nicht zu verzeichnen. In A-Stadt seien zum Stichtag des 14.03.2008 alle Vertreter der betreffenden Fachgruppe mit Genehmigung Schmerztherapie weiterhin zugelassen, die auch schon am 01.04.2005 zugelassen gewesen seien. Der Vortrag der Klägerin bezüglich der Honorarhöhe dringe nicht durch, da vorliegend nicht die Honorarbescheide der betreffenden Quartale streitgegenständlich seien. Hilfsweise trage sie vor, dass ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht vorliege. Die Klägerin verkenne auch, dass die Änderung in der

Zusammensetzung der Praxis auch Auswirkung auf die Anwendung der +/- 5 % Ausgleichsregelung haben müsse, da diese Regelung an vergangene Quartale anknüpfe. Ziffer 7.5.2 HVV schließe einen Ausgleich sogar aus, wenn sich das Leistungsspektrum der Praxis verändert habe, u. a. als Folge einer geänderten personalen Zusammensetzung der Praxis. Gleiches gelte für den Fall der Änderung der Kooperationsform der Praxis im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal. Trotz dieser Regelung habe sie zugunsten der Klägerin Ausgleich vorgenommen. Das Schreiben vom 27.06.2005 nehme ausdrücklich auf die im HVV enthaltene Ausgleichsregelung Bezug und sei daher an die dort normierten Voraussetzungen gebunden und habe keine spezielle Ausgleichsregelung für die Schmerztherapie dargestellt, wie von der Klägerin angenommen. Dem Schreiben komme lediglich klarstellende Funktion zu. Im Übrigen sei ein Ausgleich erfolgt.

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

Entscheidungsgründe:

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

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

Die Klage ist auch begründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 02.12.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides der Beklagten vom 13.12.2006 ist rechtswidrig und war daher aufzuheben. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Neubeschreibung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihren Antrag auf Erhöhung der Fallpunktzahlen im Regelleistungsvolumen.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 02.12.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides der Beklagten 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 Landesrundscheiben/Bekanntmachung vom 10.11.2005 (HVV), der insoweit im Jahr 2006 fortgeführt wurde, sind nach Ziffer 6.3 praxisindividuelle Regelleistungsvolumen zu bilden, da die Klägerin 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 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 schmerztherapeutischen 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 Anästhesiologie, innere Krankheiten und Allgemeinmedizin genannt. Entsprechend hat der HVV auch die Fach(unter)gruppen gebildet. Für Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten hat Ziffer 6.3 Satz 2 HVV die Regelung nach III.3.2.2 BRLV übernommen.

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: 26.02.2008, § 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. Bei Gemeinschaftspraxen ist die Höhe der in den einzelnen Altersklassen zu treffenden Fallpunktzahlen als arithmetischer Mittelpunktswert 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" hat die Beklagte die Fallpunktzahlen zutreffend festgesetzt, was insoweit zwischen den Beteiligten auch unstreitig ist. 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 d. Kl. letztlich nicht angegriffen. Es wird vielmehr geltend gemacht, 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.

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 Verkenntung 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, Ur. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) = [MedR 2000, 153](#), juris Rn. 36; BSG, Ur. 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, Ur. 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, Ur. 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, Ur. 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, Ur. 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. 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 einen 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.

Die Kammer verkennt nicht, dass aufgrund ihrer Rechtsprechung es zu "Verschiebungen" zwischen und innerhalb der Honorartöpfe kommen kann, soweit Praxen Sonderregelungen aufgrund von Leistungen zugestanden werden müssen, die im Regelfall von Ärzten anderer Fachgebiete erbracht werden. Die Abgrenzung zwischen den Fachgebieten kann aber nur durch das Berufsrecht und z. T. weitergehend durch den EBM erfolgen. Kann der betreffende Arzt danach die Leistungen erbringen, so kann ihm auch eine Spezialisierung nicht verwehrt werden. Im Übrigen hält die Kammer solche "Verschiebungen" angesichts der Größe der Honorargruppe und angesichts der Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV für gering. Höhere Regelleistungsvolumina führen zu erhöhten Fallwerten, die wiederum eine Verminderung der Ausgleichszahlungen nach der Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV bewirken. So ist der Kammer aus dem Verfahren mit Az.: [S 12 KA 1271/05](#) bekannt, dass die Verdoppelung des zuvor bewilligten Regelleistungsvolumens aufgrund einer Sonderregelung der Beklagten bei einem bereits zuvor gewährten Ausgleichsbetrag nach Ziffer 7.5 HVV in Höhe von 17.279,43 Euro im Ergebnis zu einer Honorarerhöhung insgesamt um 843,53 Euro bzw. etwa 1,3 % führte.

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 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. 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: 01.08.2007, § 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 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 liegt jedoch eindeutig ein schmerztherapeutischer Schwerpunkt der klägerischen Praxis vor. Die Kammer hat mit den Beteiligten in der mündlichen Verhandlung das Leistungsgeschehen der Praxis erörtert. Maßgeblich kann zum Nachweis eines schmerztherapeutischen Schwerpunktes auf die nur einmal im Krankheitsfall zulässige Abrechnung der Ziffer 30700 EBM 2005 (Zuschlag zum Ordinationskomplex für die Basisabklärung und umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#)) und die nur einmal im Behandlungsfall zulässige Abrechnung der Ziffer 30701 EBM 2005 (Zuschlag zum Ordinationskomplex für die Fortführung einer umfassenden schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#)) abgestellt werden. Diese Ziffern, die nicht mehr nebeneinander abgerechnet werden können, geben verlässlich an, bei welchen Patienten es sich um sog. Schmerzpatienten nach der Schmerztherapievereinbarung handelt. Allein diese Patienten machen in der klägerischen Praxis einen Anteil von über 90 % aus. Damit liegt ein signifikanter Schwerpunkt vor, auch wenn diese beiden Leistungsziffern selbst, da extrabudgetär vergütet, nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen. Aufgrund des Schwerpunktes mit Schmerzpatienten ist aber eine Vergleichbarkeit mit den Fachgruppen, denen die Angehörigen der klägerischen Praxis zugerechnet werden, nicht gegeben. Von etwa 180 Praxen auch der Fachgruppe der Anästhesiologen rechnen nur etwa 40 Praxen die Ziffern 30700 und 30701 EBM 2005 ab, in den anderen Fachgruppen ist dies noch deutlicher. Die Schmerztherapie setzt aber ein besonderes Leistungsgeschehen voraus, was nicht zuletzt auch in der Begrenzung auf 300 Schmerzpatienten bzw. die Begrenzung der Abrechnung der spezifischen Ziffer 30701 EBM 2005 auf 300 Behandlungsfälle im Quartal im EBM zum Ausdruck kommt. Von daher ist für Schmerztherapeuten eine solche Inhomogenität der Fachgruppen gegeben, die die Zuerkennung eines Regelleistungsvolumens aufgrund von Durchschnittswerten der Fachgruppe nicht zulassen.

Aufgrund dieses Praxisschwerpunkts ist daher von einem Ausnahmefall auszugehen, da eine Unwirtschaftlichkeit bisher nicht festgestellt wurde.

Ausgehend von dem festgestellten Praxisschwerpunkt wird die Beklagte 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 innewohnen und bereits von daher nicht zu einer Erhöhung des Regelleistungsvolumens führen müssen. Die Beklagte kann aber auch entsprechend der Berechnung nach Anlage 2 zum Teil III BRLV den praxisspezifischen Leistungsbedarf der klägerischen Praxis in Punkten in den Quartalen II/03 bis I/04 und der Fallzahl berechnen und den so ermittelten Fallwert für die in die Regelleistungsvolumina einbezogenen Leistungen mit dem Faktor 0,8 malnehmen. Wie die Fachgruppe würde der Leistungsbedarf der klägerischen Praxis anhand der genannten Referenzquartale ermittelt werden. Aufgrund des besonderen Versorgungsbedarfs wäre dann aber der Leistungsbedarf der klägerischen Praxis maßgebend. Im Rahmen der Gleichbehandlung wäre der so ermittelte Bedarf ebf. mit dem Faktor 0,8 malzunehmen, da auf diese Weise eine Punktwertstabilisierung erreicht werden soll. Sollte sich erweisen, dass bei der Fachgruppe insgesamt weniger als 80 % der Leistungen berücksichtigt werden, so kann die Beklagte dies bei der Sonderregelung ebf. berücksichtigen. Gleichfalls hält es die Kammer angesichts der Zahl von ca. 30 bis 50 schmerztherapeutischen Praxen für zulässig, dass die Beklagte anhand deren Abrechnungswerte ein spezifisches Regelleistungsvolumen bildet, wobei Praxen, die nicht vollumfänglich, d. h. mit Anteilen von 90 % und mehr, schmerztherapeutisch tätig sind, entsprechend ihres Umfangs zu gewichten sind.

Im Hinblick auf die unterschiedliche Zusammensetzung der Praxis kann die Beklagte auch für die nicht als Anästhesiologen zugelassenen Ärzte nicht auf deren Fachgebietszugehörigkeit abstellen, soweit diese auch überwiegend schmerztherapeutisch tätig sind. Hierauf deutet der hohe Anteil der Schmerzpatienten hin. Die Beklagte hat bei einer erneuten Bescheidung festzustellen, ob und in welchem Umfang die klägerische Praxis überhaupt tatsächlich noch hausärztlich tätig ist. Bei der Neubewertung der Fallpunktzahlen können typisch hausärztliche Leistungen ggf. entsprechend herausgerechnet werden bzw. kann das Regelleistungsvolumen nach den gewichteten Anteilen Schmerztherapie/Hausärztliche Tätigkeit gewichtet werden. Es kann jedenfalls berücksichtigt werden, dass nicht gleichzeitig eine Spezialisierung und allgemein-hausärztliche Tätigkeit nebeneinander für einen Arzt geltend gemacht werden kann.

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 der Klägerin erfolgen. Bei Beachtung der Vorgaben im BRLV wird dadurch das Regelleistungsvolumen der Klägerin nicht erhöht. Die konkrete Berechnung des Regelleistungsvolumens ist aber nicht Gegenstand dieses Verfahrens.

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

2012-02-23