

S 12 KA 55/07

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 55/07

Datum

21.05.2008

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 51/08

Datum

17.03.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Einer schmerztherapeutischen Praxis eines als Arzt zugelassenen Vertragsarztes kann, wenn 70 bis 80 % ihrer Patienten chronische Schmerzpatienten sind, nicht das Regelleistungsvolumen der Allgemeinmediziner zuerkannt werden, weil ihre Tätigkeit zu sehr von der der Fachgruppe abweicht.

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

1. Unter Aufhebung des Bescheides vom 10.07.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.01.2007 wird die Beklagte verpflichtet, den Kläger über seinen Antrag vom 10.03.2006 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Die Beklagte hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Sonderregelung für das Regelleistungsvolumen ab dem Quartal II/05.

Der Kläger ist Anästhesiologie mit Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie". Er ist als Arzt seit dem 01.04.1993 zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Er nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Seine Praxis gehört der Honorargruppe der Ärzte für Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte, B 2.1 an und ist abrechnungstechnisch der VfG 07-00 zugeordnet. Mit Honorarbescheid vom 28.06.2006 für das Quartal II/05 setzte die Beklagte das Honorar für den Primär- und Ersatzkassenbereich bei 393 Fällen auf 50.213,03 EUR fest. Hiervon entfielen auf die Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV insgesamt 13.688,47 EUR (27,3 %). Mit Honorarbescheid vom 12.08.2006 setzte die Beklagte für das Quartal III/05 bei 355 Behandlungsfällen das Honorar auf 40.629,04 EUR fest. Hiervon entfielen auf die Ausgleichsregelung 10.027,13 EUR (24,7 %).

Der Kläger stellte am 10.03.2006 den Antrag auf Erhöhung des Regelleistungsvolumens, da seine entsprechenden Tätigkeiten im Bereich schmerztherapeutischer Leistungen sich nicht in den Fallpunktzahlen der Hausärzte widerspiegeln.

Mit Bescheid vom 10.07.2006 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Zur Begründung führte sie aus, der Kläger nehme an der hausärztlichen Versorgung teil. Der Honorarverteilungsvertrag enthalte Vorgaben zur Bewertung der Honorarforderungen auf Basis von Regelleistungsvolumina. Gemäß Ziffer 6.3 HVV bestimme sich das im aktuellen Abrechnungsquartal gültige praxisindividuelle (fallzahlabhängige) Regelleistungsvolumen einer Praxis im Grundsatz aus der Multiplikation der im aktuellen Quartal ermittelten arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der relevanten Fallzahlen in verschiedenen Altersklassen. Die Zuordnung zu einer der in der Anlage 6.3 des HVV aufgeführten Arzt-/Fachgruppen richte sich nach dem Fachgebiet, für das der Arzt vertragsärztlich zugelassen sei. Der Kläger sei aufgrund seiner Zulassung der Arzt-/Fachgruppe der hausärztlich tätigen Ärzte zugeordnet. Für seine Fachgruppe sehe der Honorarverteilungsvertrag folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen vor:

Primärkassen Ersatzkassen

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

520 576 1059 424 475 821

Da im Fall des Klägers der 150%-Wert der Referenzfallzahl größer sei als die RLV-relevante Fallzahl seiner Praxis, entspreche das endgültige praxisbezogene Regelleistungsvolumen dem vorläufig festgestellten Regelleistungsvolumen. Dieses betrage für das Quartal II/05 237.083,0

Punkte. Die demgegenüber abgerechneten 685.055,0 Punkte überschritten das Regelleistungsvolumen um 447.972,0 Punkte, die noch mit 0,51 Cent bewertet werden würden. Eine Ausnahme könne nach der Festlegung des Vorstandes nur aus Gründen der Sicherstellung erfolgen. Maßgeblich sei, ob im Umkreis von 50 Kilometern ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden, die die streitgegenständlichen Leistungen abrechneten. Eine Überprüfung der Versorgungssituation im Planungsbereich Stadt und Landkreis A-Stadt habe ergeben, dass noch drei weitere Ärzte niedergelassen seien, die die streitgegenständlichen Leistungen erbrächten. Ein Sicherstellungsproblem sei daher nicht festzustellen. Es sei auch die Regelung zur Vermeidung von Fallwertverlusten im Honorarverteilungsvertrag zur Anwendung gekommen. Dies habe im Quartal II/05 zu einem Auffüllbetrag von 17.126,59 EUR geführt.

Hiergegen legte der Kläger am 01.08.2006 Widerspruch ein. Er wies darauf hin, er sei seit Juli 1994 von der Bezirksstelle LJ. als schmerztherapeutischer Arzt zugelassen. Seitdem nehme er an der Schmerztherapievereinbarung teil. An der Schmerztherapievereinbarung würden insgesamt 70 Ärzte teilnehmen, davon 50 Anästhesisten, 2 Allgemeinmediziner, 1 Arzt, 7 Orthopäden, 1 Internist, 1 Neurologe, 1 Neurochirurg, 1 Reha-Arzt. Die beiden Allgemeinmediziner und der Arzt seien ebenfalls Fachärzte für Anästhesiologie. Von den Zusatzbezeichnungen seien diese Ärzte mit den anderen an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmenden Ärzten vergleichbar. Für eine effiziente Schmerztherapie sei insgesamt ein höheres Regelleistungsvolumen notwendig, da die Behandlung chronifizierter Schmerzen mit einer Behandlung pro Quartal nicht möglich sei. Dies sei mit der RLV-Regelung, die auch noch Unterschiede zwischen gleich qualifizierten Schmerztherapeuten mache, nicht möglich.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15.01.2007, dem Kläger am 16.01. zugestellt, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Darin führte sie ergänzend zur Begründung im angefochtenen Ausgangsbescheid aus, im Quartal III/05 seien dem Regelleistungsvolumen 342 Fälle mit einem Fallpunktwert von 674,8 Punkten zugrunde gelegt worden. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen betrage damit 230.781,6 Punkte. Bei einem abgerechneten Honorar von 790.540,0 Punkten überschreite er das Regelleistungsvolumen um 559.758,4 Punkte. Sein Abrechnungsumfang bezüglich schmerztherapeutischer Leistungen in den Quartalen II und III/05 stelle sich wie folgt dar:

Quartal 30700- 30701- 30710- 30712- 30720- 30721- 30722- 30724-
II/05 25 x 248 x 76 x 3 x 40 x 37 x 182 x 57 x
III/05 24 x 250 x 82 x 2 x 24 x 66 x 178 x 63 x

Quartal 30731- 30740 - 30751 - 30760 - Fallzahl
II/05 113 x 9 x 3 x 114 x 393
III/05 111 x 9 x 3 x 146 x 355
- Ziffern des EBM 2005

In den Quartalen II und III/05 würden bei den Ersatzkassen die Leistungen der Ziffern 30700 und 30701 EBM 2005 extrabudgetär vergütet werden. Gleiches gelte für die Primärkassen (BKK und AOK) betreffend die Leistungen der Ziffern 30700 und 30701 EBM 2005 sowie die Leistungen der Ziffern 30701 bei den LKK/IKK. Danach seien dem Kläger in beiden Quartalen bereits schmerztherapeutische Leistungen in Höhe von 258.835,0 Punkten bzw. 259.150,0 Punkten extrabudgetär vergütet worden. Eine weitere Herausnahme der schmerztherapeutischen Leistungen sehe der Honorarverteilungsvertrag nicht vor. Die Voraussetzungen für eine Ausnahme aus Sicherheitsgründen lägen nicht vor. Die Ausgleichsregelung habe zu Auffüllbeträgen in den Quartalen II und III/05 von 13.688,47 EUR bzw. 10.027,13 EUR geführt. Nach einem Beschluss des Vorstandes komme eine Ausnahmeregelung zum Regelleistungsvolumen nicht in Betracht, wenn es zur Anwendung der Ausgleichsregelung gekommen sei.

Hiergegen hat der Kläger am 14.02.2007 die Klage erhoben. Er trägt vor, eine effektive Schmerztherapie sei mit dem zugestandenen Regelleistungsvolumen nicht durchführbar. Ihm stünden 90,00 EUR für einen Patienten zur Verfügung, einem als Anästhesisten niedergelassenen Arzt mit einem Regelleistungsvolumen von 1.600 Punkten 64,00 EUR. Zwei Drittel seiner Arbeit werde zum unteren Punktwert vergütet. Hiervon erhalte er in den Quartalen II und III/05 2.289,00 EUR bzw. 2.860,00 EUR. Ohne die Ziffern 303700 und 30701 EBM 2005 ergäben die restlichen schmerztherapeutischen Leistungen für das Quartal I/05 ein Volumen von 432.830 Punkten bzw. für das Quartal III/05 von 458.780 Punkten. Dies entspreche in etwa der Überschreitung. Wirtschaftlich könne er die Schmerztherapie nicht fortführen. Er könne auch nicht zu allgemeinmedizinischen Leistungen mit einhergehenden Fallzahlsteigerungen wechseln, da er auf rund 300 "Fälle" festgelegt werde. Mit der Härtefallregelung werde nur knapp die Hälfte seines Honorarverlustes ausgeglichen. Er verweise auch auf den von ihm zur Gerichtsakte eingereichten Brief der stellvertretenden Abteilungsleiterin der Beklagten an den Vorsitzenden des Verbandes Hessischer Schmerztherapeuten vom 29.08.2007, wonach die schmerztherapeutischen Leistungen nach den Ziffern 30700 und 30701 EBM 2005 in die Berechnung der sog. Ausgleichsregelung einbezogen würden. Das Leistungsspektrum der Schmerztherapeuten sei mit dem der Hausärzte nicht vergleichbar. Anästhesiologen würde eine durchschnittliche Fallpunktzahl von 1.755 Punkten zugestanden werden, Hausärzten nur 560 Punkte. Die Beklagte sei auch befugt, eine Ausnahmeregelung zu treffen. Er habe einen enormen Honorarrückgang zu verzeichnen. Die Honorarabrechnung verstoße gegen das Gebot der leistungsproportionalen Vergütung.

Der Kläger beantragt,
unter Aufhebung des Bescheides vom 10.07.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.01.2007 die Beklagte zu verpflichten, ihn über seinen Antrag auf Erhöhung der Fallpunktzahlen im Regelleistungsvolumen unter Beachtung der Rechtssauffassung des Gerichts neu zu bescheiden

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Unter Verweis auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid im Übrigen trägt sie vor, die Ausgleichsregelung gemäß Ziffer 7.5 HVV habe im Quartal IV/05 zu einem Auffüllbetrag von 17.791,88 EUR, im Quartal I/06 zu einem Auffüllbetrag von 20.125,47 EUR und im Quartal II/06 zu einem Auffüllbetrag in Höhe von 5.247,23 EUR geführt. Beziehe man dies mit ein, so gelange man zum Ergebnis, dass der Honorarverlust nicht derart gravierend sei, wie der Kläger es aufzuzeigen versuche. Eine überschlägige Rechnung ergebe, dass der rechnerische Honorarverlust aufgrund des unteren Punktwertes durch die Auffüllung mehr als ausgeglichen werde. Letztlich seien Honorarminderungen in geringem Umfang vor dem Hintergrund der Zielsetzung der Regelung zum Regelleistungsvolumen in Form der Stabilisierung des Punktwertes gerechtfertigt. Der Anspruch eines Vertragsarztes auf Vergütung beschränke sich auf die Teilnahme an der Honorarverteilung.

Die Wirtschaftlichkeit/Kostendeckung hänge von einer Vielzahl von Faktoren ab, von denen einige vom Vertragsarzt selbst beeinflusst werden könnten. Die Wirtschaftlichkeit zähle auch zum Berufsrisiko eines freiberuflich tätigen Arztes. Die Frage, ob eine Leistung wirtschaftlich zu erbringen sei, entziehe sich damit einer generellen Beantwortung. Eine genauere Berechnung bestätige ihr Ergebnis bezüglich des Verhältnisses von RLV bedingten Verlusten zu Auffüllungen über die Ausgleichsregelung. Insgesamt stünden in den Quartalen II/05 bis II/06 einer Differenz unterer Punktwert zum oberen Punktwert von zusammen 56.599,39 EUR ein Betrag im Rahmen der Ausgleichsregelung von 66.880,18 EUR gegenüber. Die Ziffern 30700 und 30701 EBM 2005 würden in die Härtefallregelung einbezogen werden, da der Vorstand davon ausgegangen sei, dass ihre Einbeziehung Auffüllungen zur Folge haben würde. Im Falle des Klägers sei die Auffüllung im Rahmen der Ausgleichsregelung in drei von fünf Quartalen um ein Vielfaches höher als die RLV bedingten Verluste gewesen. Mit seiner Berechnung für das Quartal III/05 greife der Kläger ein Quartal heraus, in dem das nicht der Fall gewesen sei. Aufgrund einer Einigung mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen und der AOK Hessen hätten sich für die Jahre 2005 und 2006 Nachzahlungen ergeben. Für die Quartale II/05 bis IV/06 habe der Kläger einen Nachvergütungsanspruch von insgesamt 11.867,00 EUR. Für das Quartal II/05 belaufe sich der Nachvergütungsbetrag auf 1.432,76 EUR. Damit dürften die Honorarverluste des Klägers nahezu bis vollständig ausgeglichen worden sein. Für das Regelleistungsvolumen werde nicht zwischen schmerztherapeutisch oder operativ tätigen Ärzten unterschieden.

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 10.07.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.01.2007 ist rechtswidrig und war daher aufzuheben. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihren Antrag auf Erhöhung der Fallpunktzahlen im Regelleistungsvolumen.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 10.07.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.01.2007 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), 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. 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 Verkenning 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, 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 vorliegt, die zwar allein noch nicht ausreiche, aber immerhin ein Indiz für eine entsprechende Spezialisierung darstelle (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 22.03.2006 - [B 6 KA 80/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 12](#) = [GesR 2006, 363](#), juris Rn. 15 m.w.N.). Zu Erweiterungen der Zusatzbudgets nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr. 4.3 EBM 1996 hat das BSG ebf. entschieden, dies setze voraus, dass im Leistungsangebot der betroffenen Praxis eine Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Ausrichtung zum Ausdruck komme, die messbaren Einfluss auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden abgerechneten Punkte auf die Gesamtpunktzahl der Praxis habe (vgl. BSG, Urt. v. 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 1](#), juris Rn. 23; BSG, Urt. v. 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 31](#), juris Rn. 26 f.).

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

Ausgehend hiervon hält die Kammer zunächst die Ermächtigung des Vorstands der Beklagten für rechtmäßig. 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 Fehlabrechnung oder Unwirtschaftlichkeit ausgeschlossen werden kann. Der mit einer Spezialisierung einhergehende vermehrte Zulauf von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern kann gerade auch Ausdruck der Qualität und des Rufs der Praxis sein.

Allerdings ist andererseits zu berücksichtigen, dass nicht jede im Vergleich zur Fachgruppe vermehrte Erbringung von Einzelleistungen oder Leistungsgruppen oder Spezialisierung einen Ausnahmefall begründen kann, da dann die Regelleistungsvolumina ihren Zweck der Kalkulationssicherheit nicht mehr erreichen könnten. [§ 85 Abs. 4](#) und 4a SGB V gibt keine Vorgabe für differenzierte Ausnahmen und gibt insoweit die Tendenz der Nivellierung des Leistungsgeschehens vor. Von daher ist es auch nicht zu beanstanden, dass weder der

Bewertungsausschuss noch der HVV ein den die früheren Praxisbudgets ergänzenden Zusatzbudgets vergleichbares Instrumentarium vorsehen. Auch wird im Regelfall ein Ausnahmetatbestand nicht vorliegen, wenn generell in allen oder vielen Leistungsbereichen ein gegenüber der Fachgruppe erhöhtes Leistungsvolumen abgerechnet wird, da insoweit die Regelleistungsvolumina auch der Leistungsbegrenzung dienen. Eine generelle Festlegung, wann ein Ausnahmefall vorliegt, kann aber, da es sich um eine Regelung für atypische Einzelfälle handelt, nicht getroffen werden.

Im vorliegenden Fall liegt jedoch eindeutig ein 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 der Fachgruppe, der die klägerische Praxis zugerechnet wird, 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. In der Fachgruppe des Klägers rechnen diese Leistungen z. B. im Quartal III/05 weniger als zehn von 3.100 Praxen, wie der Frequenzstatistik entnommen werden kann, ab. 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 nicht nur in der Fachgruppe der Anästhesiologen, wie die Kammer in einem weiteren Verfahren entschieden hat (vgl. Ur. v. 21.05.2008 – [S 12 KA 18/07](#)) eine solche Inhomogenität der Fachgruppen gegeben, die die Zuerkennung eines Regelleistungsvolumens aufgrund von Durchschnittswerten der Fachgruppe nicht zulassen, sondern gerade auch in der Fachgruppe der Ärzte für Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte, der der Kläger aufgrund seines Zulassungsstatus zugeordnet wird.

Für die klägerische Praxis wird der Schwerpunkt deutlich in der Relation der Abrechnung der Ziffern 30700 und 30701 EBM 2005 zur Fallzahl, wie sie drei beispielhaft angeführte Quartale zeigen:

Quartal 30700 30701 30700 + 30701 Fallzahl in %
II/05 25 x 248 x 273 393 69,5
III/05 24 x 250 x 274 355 77,1
III/07 30 213 243 302 80,5

Danach liegt der Anteil allein der chronischen Schmerztherapeuten bei ca. 70 bis 80 % aller Patienten.

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.

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, Ur. v. 30.01.2008 – [S 12 KA 49/07](#) -). Die Berechnung der Fallpunktzahlen kann dadurch nicht zum Nachteil der klägerischen Praxis 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

2010-04-20