

## S 12 KA 12/08

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung

12  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 12/08

Datum  
10.12.2008  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 17/09

Datum  
17.03.2010  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 20/10 R

Datum  
29.06.2011  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Aufgrund der Inhomogenität der Gruppe der Anästhesiologen ist für einen Anästhesiologen, der im Wesentlichen einem MKG-Chirurgen bei ambulanten Operationen die Anästhesien durchführt, im Rahmen des Regelleistungsvolumens eine Sonderregelung zu treffen (vgl. für eine schmerztherapeutische Praxis bereits Urt. der Kammer v. 21.05.2008 - [S 12 KA 18/07](#) -, Berufung anhängig bei dem LSG Hessen - [L 4 KA 52/08](#) -).

1. Unter Aufhebung des Bescheids vom 17.08.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.12.2007 wird die Beklagte verurteilt, den Kläger über seinen Antrag auf Zuerkennung einer Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens für die Quartale IV/06 und I/07 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Die Beklagte hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Zuerkennung einer Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens für die Quartale IV/06 und I/07.

Der Kläger ist seit dem 09.02.1998 als Facharzt für Anästhesiologie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

Der Kläger beantragte am 04.06.2007 eine Sonderregelung für das Regelleistungsvolumen. Er trug vor, er arbeite im Wesentlichen für den Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Herrn Dr. Dr. C, der im weit überwiegenden Maße umfangreiche und lang andauernde Operationen durchführe. Es verstoße gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, dass bei der Bildung des Regelleistungsvolumens nur auf eine fachgruppenspezifische Fallpunktzahl abgestellt werde und nicht auf eine arztindividuelle. Das Regelleistungsvolumen liege bei 1.586 und 1.616 Punkten pro Fall. Dem gegenüber habe er bei gleichbleibenden 110 Patienten pro Quartal einen Bedarf von 9.900 Punkten pro Fall. Dies führe dazu, dass er bei einer durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe von 240 bei 91 behandelten Patienten nur ein Regelleistungsvolumen von 144.653,6 Punkten im Quartal I/06 erhalten habe.

Die Honorarfestsetzungen der Beklagten für die Quartale I/06 bis IV/07, gegen die der Kläger jeweils Widerspruch einlegte, ergeben sich aus nachfolgender Übersicht:

| I/06   | II/06 | III/06 | IV/06 | I/07 |
|--|-------|--------|-------|------|
| Honorarbescheid vom 19.01.2007 03.02.2007 16.03.2007 17.04.2007 08.03.2008     |       |        |       |      |
| Nettohonorar gesamt in EUR   |       |        |       |      |
| Bruttohonorar PK + EK in EUR 16.167,90 17.940,70 14.587,06 19.009,89 14.237,51 |       |        |       |      |
| Fallzahl PK + EK 91 99 88 112 107  |       |        |       |      |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Regelleistungsvolumen Ziff. 6.3 HVV   |  |  |  |  |
| Fallwert 1.589,6 1.609,1 1.621,1 1.617,5 1.615,3  |  |  |  |  |
| Fallzahl 91 99 88 112 106   |  |  |  |  |
| Praxisbezogenes RLV in Punkten 144.653,6 159.300,9 142.656,8 181.160,0 171.221,8              |  |  |  |  |
| Abgerechnetes Honorarvolumen in Punkten 867.765,0 888.235,0 924.960,0 1.172.985,0 1.118.815,0 |  |  |  |  |
| Überschreitung in Punkten 723.111,4 728.934,1 782.303,2 991.825,0 947.593,2                   |  |  |  |  |
| Überschreitung in %- 499,9 457,6 548,4 547,5 553,4  |  |  |  |  |

Ausgleichsregelung Ziff. 7.5 HVV  
Referenz-Fallzahl 108 111 96 103 91  
Referenz-Fallwert EUR 227,9773 153,4096 163,0913 180,7544 175,8596  
Aktueller Fallwert EUR 76,1166 145,8246 104,8586 110,1692 77,1483  
Auffüllbetrag je Fall EUR 99,7430 24,3221 50,0875 53,0950 60,7096  
Auffüllbetrag gesamt in EUR 9.076,61 2.407,89 4.407,70 5.468,79 5.524,57

Grenze, bis zu der aufgefüllt wurde in EUR- 175,8596 170,1467 154,9461 163,2642 137,8579

Grenze, bis zu der aufgefüllt wurde in %- 77,1 110,9 (95% =145,7391 95,0 90,3 78,4  
Anteil des Auffüllbetrages am Bruttohonorar in %- 56,1 13,4 30,2 28,8 38,8  
Rückforderung in EUR  
- Berechnungen der Kammer

II/07 III/07 IV/07  
Honorarbescheid vom 17.10.2007 17.01.2008 09.05.2008  
Nettohonorar gesamt in EUR 11.155,91 11.768,09 19.514,14  
Bruttohonorar PK + EK in EUR 10.666,12 12.137,07 19.136,27  
Fallzahl PK + EK 90 91 168

Regelleistungsvolumen Ziff. 6.3 HVV  
Fallwert 1.342,4 1.311,0 1.297,7  
Fallzahl 90 91 168  
Praxisbezogenes RLV in Punkten 120.816,0 119.299,0 215.416,0  
Abgerechnetes Honorarvolumen in Punkten 923.110,0 859.775,0 1.305.960,0  
Überschreitung in Punkten 802.294,0 740.474,0 1.090.541,8  
Überschreitung in %- 664,1 621,1 506,2

Ausgleichsregelung Ziff. 7.5 HVV/bzw. § 5 Abs. 4 HVV  
Referenz-Fallzahl 111 96 103  
Referenz-Fallwert EUR 153,4096 163,0913 178,8468  
Aktueller Fallwert EUR 74,7492 67,0422 59,1392  
Auffüllbetrag je Fall EUR 42,3777 64,8245 75,9270  
Auffüllbetrag gesamt in EUR 3.813,99 5.899,03 7.820,48

Grenze, bis zu der aufgefüllt wurde in EUR- 117,1269 131,8667 135,0662

Grenze, bis zu der aufgefüllt wurde in %- 76,3 80,9 75,5  
Anteil des Auffüllbetrages am Bruttohonorar in %- 35,8 50,1 40,9

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 17.08.2007 den Antrag ab. Für die Quartale I bis III/06 sei der Antrag als unzulässig zurückzuweisen. Für die Quartale IV/06 und I/07 könne ihm nicht entsprochen werden. Für die Quartale I bis III/06 sei der Antrag unzulässig, da ihm für diese Quartale der Honorarbescheid bereits zugegangen sei und Anträge nur Wirkung für die Zukunft entfalten könnten. Nach dem Honorarverteilungsvertrag sehe das Regelleistungsvolumen für die Facharztgruppe der Anästhesisten folgende Fallpunktzahlen vor:

Primärkassen Ersatzkassen  
Altersgruppe 0 - 5 6 - 59 -)60 0 - 5 6 - 59 -)60  
RLV-Fallpunktzahlen 1.616 1.586 1.548 2.412 1.600 1.770

Bei Überschreitung des Regelleistungsvolumens erfolge eine Vergütung noch zum unteren Punktwert. Eine Sonderregelung könne nur aus Gründen einer absoluten Sicherstellungsproblematik gewährt werden. Maßgeblich hierfür sei, ob im Umkreis von 50 km zur Praxis des Klägers ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden, die die streitgegenständlichen Leistungen erbrächten und abrechneten. Allein in A-Stadt gäbe es aus der Fachgruppe des Klägers genügend Ärzte, die die von ihm erbrachten anästhesiologischen Leistungen erbrächten und abrechneten. Eine Analyse der Honorardaten habe zwar ergeben, dass bei dem Kläger in einigen Leistungsbereichen zum Teil hohe Überschreitungen auftreten. Es handle sich hierbei aber gerade um typische anästhesiologische Leistungen, die von allen Ärzten der Fachgruppe erbracht würden da schon bei der Ermittlung der Fallpunktzahlen für Anästhesisten berücksichtigt worden seien. Der Honorarverteilungsvertrag gebe vor, dass das Regelleistungsvolumen auf Grundlage von fachgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gebildet werde. Damit sei den Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.04.2004 zur Bildung von Regelleistungsvolumen umgesetzt worden. Außerdem dürfe nicht die Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV übersehen werden.

Der Kläger legte hiergegen am 24.08.2007 Widerspruch ein. Er wies darauf hin, er habe keine rückwirkende Änderung des abrechenbaren Honorarvolumens beantragt, sondern eine zukünftige mit Zugang des Antrags vom 01.06.2007. Wenn die Auffassung der Beklagten zutreffend wäre, dann wäre er auf 10 Fälle pro Quartal auf Dauer beschränkt. Ein "Hausfrauenanästhesist", ein Anästhesist für kleinere Operationen und er seien voneinander - das Honorar betreffend - zu differenzieren und könnten nicht über einen Kamm geschert werden. Das verstoße gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit und [Artikel 3 GG](#).

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 12.12.2007 den Widerspruch als unbegründet unter weitgehender Wiederholung der Begründung des Ausgangsbescheides zurück. Ergänzend führte sie aus, eine erneute Überprüfung der Versorgungssituation habe ergeben, dass allein in A-Stadt mindestens 33 weitere Anästhesiologen niedergelassen seien, welche die streitgegenständlichen Leistungen berechtigter Weise erbrächten und abrechneten. Eine Analyse der Honorardaten habe zwar ergeben, dass der Kläger im Vergleich zu seiner Fachgruppe einige Leistungen überdurchschnittlich häufig erbringe. Dabei handle es sich insbesondere um besonders zeitintensive

Operationen. Hierzu sein anzumerken, dass derartigen Gegebenheiten insofern Rechnung getragen werde, als für besonderes zeitaufwendige Operationen die Zusatzziffer 05331 EBM 2005 abgerechnet werden könne. Es handele sich hierbei im Übrigen um typisch anästhesiologische Leistungen, die von allen Fachärzten für Anästhesiologie erbracht werden könnten und daher bereits bei der Ermittlung der RLV-Fallpunktzahlen für Anästhesisten berücksichtigt worden seien.

Hiergegen hat der Kläger am 10.01.2008 die Klage erhoben. Er verweist auf sein Vorbringen im Verwaltungsverfahren und trägt ergänzend vor, für eine Sonderregelung müsse auf das individuelle Leistungsspektrum abgestellt werden. Entscheidend müsse auf das Leistungsspektrum des Operateurs und anschließend daraus folgend auf das des Anästhesisten individuell abgestellt werden, und es könne nicht auf den Durchschnitt der Fachgruppe Bezug genommen werden. Beispielsweise im Quartal IV/06 erhalte er 90 % seiner Leistungen nur zum unteren Punktwert, der ca. 0,01 Euro pro Punkt betrage. Es sei nicht ausreichend, im Honorarverteilungsvertrag nur Ausnahmen bei Sicherstellungsgründen vorzusehen. Es sei auch eine Klausel nicht ausreichend, die den Vorstand ermächtigte, in besonderen Fällen Ausnahmen zu bewilligen. Es gehe nicht um eine Ausnahme aus Sicherstellungsgründen, sondern um eine Verletzung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Er erbringe seine Leistungen in Zusammenarbeit mit einem MKG-Chirurgen. Er rechne vor allem die Ziffer 05330 EBM 2005 für die Anästhesie oder Kurznarkose und die Folgeziffer 05331 EBM 2005 für den Zuschlag für jeweils 15 Minuten weitere Anästhesie ab. Die Frequenzstatistik für das Quartal II/05 zeige, dass in 108 von insgesamt 173 Praxen in Hessen die Ziffer 05331 EBM 2005 nur 16mal/100 Fälle von der Vergleichsgruppe angesetzt werde, die Ziffer 05330 EBM 2005 nur 7mal/100 Fälle in 120 Praxen. Dies bedeute, dass nur in 7/100 Fällen eine Allgemeinanästhesie im Rahmen von zahnärztlich abgerechneten kieferchirurgischen Leistungen durchgeführt worden sei. Er habe die Ziffer 05330 EBM 2005 90mal/100 Fälle und die Folgeziffer 05331 EBM 2005 nur 627mal/100 Fälle abgerechnet. Allein diese Ziffern ergäben einen Falldurchschnitt von 6.000 Punkten/Fall. Insgesamt liege sein Falldurchschnitt bei 8.000 bis 9.000 Punkten/Fall. Seine Abweichung beruhe auf der Länge des Eingriffs, auf den er keinen Einfluss habe. Zeitintensive Leistungen könnten von Anästhesiologen nicht wirtschaftlich erbracht werden. Zeitintensiv sei insbesondere die anästhesiologische Betreuung von Kindern, geistig oder körperlich Behinderten, Patienten in Pflegeheimen und die Versorgung von Tumorpatienten, Patienten mit Gesichtsmisbildungen. Der Kläger hat einen Brief seines MKG-Chirurgen zur Gerichtsakte gereicht, in dem die Eingriffe, die oftmals Narkosen von 6 bis 10 Stunden erforderten, aufgeführt werden.

Der Kläger beantragt,  
unter Aufhebung des Bescheids vom 17.08.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.12.2007 die Beklagte zu verurteilen, ihn über seinen Antrag auf Zuerkennung einer Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens für die Quartale IV/06 und I/07 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Sie wiederholt im Wesentlichen die Gründe aus dem angefochtenen Widerspruchsbescheid. Weiter führt sie aus, der Kläger bringe im größeren Umfang als seine Fachkollegen die Ziffer 05330 EBM 2005. Narkosen und Anästhesien gehörten jedoch mit den entsprechenden "Begleitleistungen" zur Kerntätigkeit eines Anästhesiologen. Insofern könnten solche Leistungen bereits von der Sache her nicht als "Spezialisierung" angesehen werden. Dass der Kläger mit einer hohen Punktzahlanforderung dem unteren Punktwert unterfalle, rechtfertige für sich betrachtet keine Sonderregelung. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass er mit dem Honorar pro Fall über dem Durchschnitt seiner Fachgruppe liege. Die Fallwerte und die der Facharztkollegen stellten sich in den streitbefangenen Quartalen wie folgt dar:

Quartale Durchschnittl. Fallwert des Klägers Durchschnittl. Fallwert pro Arzt der Fachgruppe  
I/06 177,67 EUR 131,82 EUR  
II/06 185,17 EUR 136,88 EUR  
III/06 168,16 EUR 130,15 EUR  
IV/06 169,73 EUR 133,64 EUR  
I/07 141,78 EUR 133,72 EUR

Es sei zulässig, eine einheitliche Fallpunktzahl für die Fallgruppe der Anästhesiologen zu bilden.

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 einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter 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 17.08.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.12.2007 ist rechtswidrig und war daher aufzuheben. Der Kläger hat einen Anspruch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über seinen Antrag auf Erhöhung der Fallpunktzahlen im Regelleistungsvolumen für die Quartale IV/06 und I/07.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 17.08.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.12.2007 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 bis zum Quartal I/07 fortgeführt wurde, sind nach Ziffer 6.3 praxisindividuelle Regelleistungsvolumen zu bilden, da der Kläger zu

den entsprechenden Arztgruppen gehört.

Im Einzelnen bestimmt Ziffer 6.3 HVV:

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

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

alternativ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nach § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung v. 20.12.1988, [BGBl. I S. 2477](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) v. 14.11.2003, [BGBl. I S. 2190](#) mit Gültigkeit ab 01.01.2005 (SGB V), verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73) ([§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an; für die Vergütung der im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am 31. Dezember 2003 geltende

Honorarverteilungsmaßstab angewandt (§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen (§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten (§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V). Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden (§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V). Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen (§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V). Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu 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 anästhesiologischen 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. Im Ergebnis ergeben sich die Werte, von denen auch die Beklagte ausgegangen ist und die sie im angefochtenen Ausgangsbescheid nochmals dargestellt hat. Soweit die HVV-Vertragsparteien bei der Festsetzung der Fallpunktzahlen abweichend von der Anlage 2 BRLV den Referenzzeitraum auf das 1. Halbjahr 2004 beschränkt haben – nach der Anlage 2 ist der arztgruppenspezifische Leistungsbedarf in Punkten im Zeitraum vom 2. Halbjahr 2003 bis zum 1. Halbjahr 2004 zu ermitteln –, sieht die Kammer dies unter Zurückstellung erheblicher Bedenken für gerade noch vom Gestaltungsspielraum der HVV-Vertragsparteien als gedeckt an. Insofern kann eine Ermächtigung hierfür in Abschnitt III.3.1 Abs. 3 BRLV gesehen werden, wonach die HVV-Vertragsparteien zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung Anpassungen der Regelleistungsvolumen vornehmen können. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 112. Sitzung hat zudem mit Wirkung zum 01.04.2006, in einer angefügten Fußnote 2 klargestellt, dass die Formel zur Ermittlung der KV-bezogenen, arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl im Einvernehmen der Partner der Honorarverteilungsverträge modifiziert werden und ein abweichendes Verfahren zur Festlegung des arztgruppenspezifischen Leistungsbedarfs vereinbart werden kann. (vgl. Urteil der Kammer v. 22.10.2008 – [S 12 KA 476/07](#) -).

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, Urt. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) = [MedR 2000, 153](#), juris Rn. 36; BSG, Urt. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#), juris Rn. 23). So hat das BSG eine vom Vorstand getroffene Sonderregelung für spezialisierte Internisten nicht beanstandet. Die Entscheidung, dass bei den Internisten, die eine Teilgebietsbezeichnung führten und deren spezielle Leistungen (einschließlich Folgeleistungen) 30 % der Gesamthonoraranforderung ausmachten, diese Leistungen herausgerechnet werden und dass diejenigen, deren spezialisierte Leistungen sogar 50 % der Gesamthonoraranforderung ausmachten, gänzlich von der Teilquotierung freigestellt werden, enthalte Schematisierungen, die nicht als sachwidrig beanstandet werden könnten. Derartige mit scharfen Grenzziehungen einhergehende Härten seien - wie z.B. auch für Stichtagsregelungen anerkannt - hinzunehmen, solange sie nicht im Hinblick auf den gegebenen Sachverhalt und das System der Gesamregelung willkürlich seien (vgl. BSG, Urt. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - aaO., Rn. 36). Eine Generalklausel könne z.B. zur Anwendung kommen, wenn sich überraschend Änderungen der Versorgungsstruktur in einer bestimmten Region ergeben, weil etwa einer von wenigen Vertragszahnärzten in einer Stadt unvorhergesehen aus der vertragszahnärztlichen Versorgung ausgeschieden sei. Die von diesem Zahnarzt bisher behandelten Patienten müssten dann kurzfristig auf andere Zahnarztpraxen ausweichen, was zwangsläufig zu einer von diesen Praxen nur eingeschränkt steuerbaren Erhöhung der Zahl der dort behandelten Patienten führen werde. Vergleichbares gelte für die Änderung der Behandlungsausrichtung einer zahnärztlichen Praxis im Vergleich zum Bemessungszeitraum, etwa wenn sich ein bisher allgemein zahnärztlich tätiger Vertragszahnarzt auf oral-chirurgische Behandlungen konzentriert und deshalb höhere Fallwerte erreiche (vgl. BSG, Urt. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - aaO. Rn. 23). Darauf reagierende Differenzierungen hinsichtlich der Festlegung der individuellen Bemessungsgrundlage seien nicht nur dann geboten, wenn ihr Unterlassen zur Existenzgefährdung zahnärztlicher Praxen führen würde. Ein Rechtsgrundsatz des Inhalts, dass sich auf eine Verletzung des Gebotes der Honorarverteilungsgerechtigkeit nur solche Vertrags(zahn)ärzte berufen können, bei denen die Anwendung der jeweils angegriffenen Honorarverteilungsregelung zu existenzbedrohenden Konsequenzen führen könnte, ist dem Vertrags(zahn)arztrecht fremd (vgl. BSG, Urt. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - aaO. Rn. 25).

Zur Erweiterung von Praxis- und Zusatzbudgets gemäß Nr. 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B, EBM 1996 im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs hat das BSG zur Auslegung des Begriffs "besonderer Versorgungsbedarf" entschieden, dass der besondere Versorgungsbedarf eine im Leistungsangebot der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung voraussetze, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl der Praxis habe. Dies erfordere vom Leistungsvolumen her, dass bei dem Arzt das durchschnittliche Punktzahlvolumen je Patient in dem vom Budget erfassten Bereich die Budgetgrenze übersteige und zudem, dass bei ihm im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit vorliegt, die zwar allein noch nicht ausreiche, aber immerhin ein Indiz für eine entsprechende Spezialisierung darstelle (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 22.03.2006 - [B 6 KA 80/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 12](#) = [GesR 2006, 363](#), juris Rn. 15 m.w.N.). Zu Erweiterungen der Zusatzbudgets nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr. 4.3 EBM 1996 hat das BSG ebf. entschieden, dies setze voraus, dass im Leistungsangebot der betroffenen Praxis eine Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Ausrichtung zum Ausdruck komme, die messbaren Einfluss auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden abgerechneten Punkte auf die Gesamtpunktzahl der Praxis habe (vgl. BSG, Urt. v. 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 1](#), juris Rn. 23; BSG, Urt. v. 02.04.2003 - [B 6 KA 48/02 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 31](#), juris Rn. 26 f.).

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

Ausgehend hiervon hält die Kammer zunächst die Ermächtigung des Vorstands der Beklagten für rechtmäßig. 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 arztgruppenspezifischen 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 Berufrecht 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 Honorarzahllungen 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, Ur. 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., Ur. 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 Fehlabbrechung 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 Schwerpunkt der klägerischen Praxis auf bestimmte Operationen und einen damit einhergehenden besonderen Bedarf an Anästhesieleistungen vor. Die Kammer hat mit den Beteiligten in der mündlichen Verhandlung das Leistungsgeschehen der Praxis erörtert. Insoweit ist gerichtsbekannt, dass in der Gruppe der Anästhesiologen sowohl die Anästhesiologen, die schmerztherapeutisch tätig sind, als auch die Anästhesiologen, die im Rahmen des ambulanten Operierens tätig sind, sowie eine weitere Gruppe, die in beiden Bereichen tätig ist, erfasst werden. Die Kammer hat bereits insofern entschieden, dass aufgrund der Inhomogenität der Gruppe der Anästhesiologen für eine schmerztherapeutische Praxis eine Sonderregelung zu treffen ist (vgl. Ur. v. 21.05.2008 - [S 12 KA 18/07](#) -, Berufung anhängig bei dem LSG Hessen - [L 4 KA 52/08](#) -).

Die besondere Situation des Klägers zeigt bereits die ganz unterschiedliche Häufigkeit der Leistungen nach Ziffer 05330 EBM 2005 (Anästhesie und/oder Narkose) und Ziffer 05331 EBM 2005 (Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 05330 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit), die der Kläger z. B. im Quartal I/07 auf 100 Behandlungsfälle 94- bzw. 903mal erbracht hat, während in der Vergleichsgruppe von 174 Praxen diese Leistungen nur von 95 bzw. 75 Praxen erbracht werden mit einer Häufigkeit von 3 bzw. 8 Leistungen auf 100 Behandlungsfälle bzw., bezogen auf die Abrechner dieser Leistungen, von 6 bzw. 18 Leistungen auf 100 Behandlungsfälle. Die Besonderheit der klägerischen Praxis zeigt sich ferner in ihrem typischen Leistungsumfang gerade in Bezug auf die Vergleichsgruppe, wie sich aus nachfolgender Übersicht ergibt:

Punktezahl Kl. auf 100 Fälle Vergleichsgruppe auf 100 Fälle  
Ziffer 05221 Ordinationskomplex 195 92 42

Ziffer 05230 Aufsuchen eines Kranken 150 101 39  
Ziffer 05330 Anästhesie oder Kurznarkose 2.285 94 3  
Ziffer 05331 Zuschlag weitere 15 Minuten (9x660 Punkte) 5.940 903 8  
Ziffer 05350 Beobachtung und Betreuung 1.405 93 3  
Gesamt 9.975

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.

Nicht zu berücksichtigen war, dass die Beklagte Leistungen nach Ziffer 05230 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. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2012-02-15