

S 11 KA 157/08

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 11 KA 157/08

Datum
20.01.2010
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 9/10

Datum
16.03.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Ein Chirurg, der seine belegärztliche Tätigkeit aufgibt und seine Tätigkeit in unverändertem Umfang ambulant fortsetzt, kann im Rahmen der Zubilligung von Regelleistungsvolumen für ambulant Operieren nicht mit Abrechnungswerten aus seiner früheren ambulant, neben der belegärztlichen Tätigkeit durchgeführten Praxistätigkeit verglichen werden. Er hat einen Anspruch auf Gewährung einer Sonderregelung zur Aufrechterhaltung des Umfangs der insgesamt durchgeführten Operationen. Es sind mindestens die Werte des Fachgruppendurchschnitts heranzuziehen.

2. Bei der Bildung von Regelleistungsvolumina ist systemimmanent, dass der untere Punktwert bis auf 0 Cent sinken kann.
Der Bescheid der Beklagten vom 26.02.2007 in der Gestalt der beiden Widerspruchsbescheide vom 09.04.2008 wird aufgehoben und die Beklagte verurteilt, den Kläger für die Quartale III/05 – II/06 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte trägt die Gerichtskosten sowie die erstattungsfähigen außergerichtlichen Kosten des Klägers.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens für Leistungen des ambulanten Operierens bei Versicherten der AOK Hessen für ausgewählte Operationsarten nach der "26-er Liste" und der "54-er Liste" für die fünf Quartale II/05 bis II/06 sowie bei Versicherten der Betriebskassen für die drei Quartale IV/05 bis II/06.

Der Kläger ist als Facharzt für Chirurgie seit 01.04.1999 zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxisstz in A-Stadt zugelassen. Er hat seit 21.04.1999 eine Genehmigung zum ambulanten Operieren und ist berechtigt, Leistungen nach Kap. 32.2 EBM 2005 abzurechnen.

In den streitbefangenen Quartalen nahm die Beklagte folgende Honorarfestsetzungen vor:

II/05 III/05 IV/05 I/06 II/06
Honorarbescheid v. 28.06.2006 11.08.2006 06.08.2007 20.01.2007 06.02.2007
Nettohonorar gesamt
Bruttohonorar PK u. EK in EUR 62.686,37 65.122,47 66.043,71 60.155,95 58.104,72
Fallzahl PK u. EK 473 440 425 427 353
Honoraranforderung in EUR 92.556,98 77.858,21 78.546,80 82.593,51 64.799,11 Honoraranforderung nach Anwendung HVV in EUR
92.556,98 77.858,21 78.546,80 82.593,51 64.799,11

26er Liste
Oberer PW 29.850,0 28.090,0 8.770,0 62.048,2 53.279,9
Oberer PW korrigiert 26.2.07 96.625,0 50.815,0
Unterer PW 0,0 55.500,0 103.110,0 52.476,8 12.195,1
Unterer PW korrigiert 26.2.07 0,0 4.685,0

54er Liste
Oberer PW 25.206,0 42.192,0 18.150,0 13.824,0 25.206,0
Oberer PW korrigiert 26.2.07 65.979,0 70.515,0

Unterer PW 26.094,0 120.508,0 147.505,0 137.581,0 97.469,0

Unterer PW korrigiert 26.207 0,0 49.993,0

Amb. Op. BKK

Oberer PW 49.050,0 41.300,0 143.835,0

Unterer PW 131.500,0 154.365,0 91.075,0

Ziff. 7.5 HVV

Referenzfallwert in EUR 104,0765 96,6892 130,9451 104,7989 89,7706

aktueller Fallwert in EUR 74,4977 32,6197 37,0635 28,9488 42,5721

Auffüllbetrag in EUR je Fall 24,3820 52,2776 79,2736 55,1965 45,4058

Auffüllbetrag in EUR gesamt 11.264,48 23.002,13 29.489,79 22.961,74 16.028,24

Der Kläger beantragte am 24.08.2005 die Erhöhung des Regelleistungsvolumens ab dem Quartal II/05 für die "26er-Liste" um 111.910,0 Punkte auf 140.000,0 Punkte und die "54er-Liste" um 167808,0 Punkte auf 210.000,0 Punkte. Es sei festzustellen, dass das zugeteilte Regelleistungsvolumen bei weitem nicht ausreiche, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der ambulanten Operationen für Versicherte der AOK Hessen im Planungsbereich A-Stadt zu gewährleisten. Die Bestimmung des Regelleistungsvolumens auf der Datenbasis des Quartals II/03 für die Leistungen der 26er-Liste und des Quartals II/01 für die Leistungen der 54er-Liste entspreche nicht mehr dem tatsächlich benötigten Punktzahlvolumen. Durch den neuen EBM 2005 seien ab dem Quartal II/05 zuvor im hausärztlichen Bereich erbrachte ambulante Operationen durch ihn aufzufangen. Ferner habe der Chirurg D. D. seine vertragsärztliche Tätigkeit zum 31.03.2005 beendet. Er sei derzeit der einzige im Planungsgebiet A-Stadt tätige Chirurg, der die Versorgung mit ambulanten Operationen sicherstellen könne. Die Kapazitäten der Kollegen seien erschöpft. Er sei zudem der einzige Chirurg, der invasive endoskopische Operationen ambulant durchführe. Das zeige auch die Steigerung der Fallzahlen von 418 Fällen im Quartal I/05 auf 479 Fälle im Quartal II/05, eine Steigerung um ca. 15 %. Der Überweisungsanteil sei von 65 % auf 69 % gestiegen.

Am 01.12.2005 beantragte der Kläger die Erhöhung des Regelleistungsvolumens "ambulantes Operieren" bei Versicherten der BKK ab dem Quartal IV/05 um 137.114,4 Punkte auf 180.000,0 Punkte. Bis 18.11.2005 habe er bereits Leistungen von insgesamt 164.300 Punkten erbracht. Das Regelleistungsvolumen reiche bei weitem nicht aus, um die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Er verwies erneut auf die Änderungen durch den EBM 2005 sowie die Aufgabe der Tätigkeit durch einen Kollegen.

Die Beklagte erhöhte mit Bescheid vom 26.02.2007 die für die aktuellen Quartale II und III/05 relevanten Ausgangsdaten für das Regelleistungsvolumen für ambulantes Operieren bei Versicherten der AOK betreffend die Leistungen der sog. 54er- und 26er Liste um den halben Anteil des entsprechenden Regelleistungsvolumens von Dr. D ... Einen darüber hinausgehenden Antrag lehnte sie ab, ebenso den Antrag auf Erhöhung des Regelleistungsvolumens im BKK-Bereich. Zur Begründung führte sie aus, Herr Dr. D. sei als Chirurg in A-Stadt vertragsärztlich zugelassen gewesen und habe zum 30.09.2005 auf eine Zulassung verzichtet. Seine Tätigkeit habe er jedoch lediglich bis zum 31.03.2005 ausgeübt und im Anschluss die Patienten gleichmäßig an die Praxis des Klägers und die Gemeinschaftspraxis Dres. med. E./F. verwiesen. Zum 01.10.2005 habe ein Facharzt für Chirurgie mit Genehmigung zum ambulanten Operieren den Arztsitz von Herrn Dr. D. übernommen. Die das Regelleistungsvolumen der 54-Liste überschreitende Punktemenge sei noch zu einem unteren Punktwert vergütet worden. Das Regelleistungsvolumen nach der sog. 26er-Liste sei im Quartal II/05 auf der Grundlage des Arzt/fachgruppenspezifischen Durchschnittswerts berechnet worden, da der Kläger im Ausgangsquartal II/03 keine diesbezüglichen Leistungen abgerechnet habe. Im Quartal II/05 sei er nicht beschwert. Eine Analyse habe ergeben, dass die Anzahl an ambulanten Operationen in der Praxis des Klägers ab dem Quartal II/05 angestiegen seien, was in Zusammenhang mit der Beendigung der vertragsärztlichen, insbesondere der ambulanten operativen Tätigkeit von Herrn D. gesehen werden könne. Von daher sei die Sonderregelung für die Quartale II/05 und III/05 gerechtfertigt. Es ergäben sich folgende geänderte Ausgangswerte für das Regelleistungsvolumen für Leistungen des ambulanten Operierens:

Leistungsbereiche

Relevantes Quartal II/05 Relevantes Quartal III/05

RLV Dr.A. ½ RLV D. RLV Dr.A. zuzügl. ½ RLV D. RLV Dr. A. ½ RLV D. RLV Dr. A. zuzügl. 1/2 RLV D.

Leistungen der sog. "54-Liste" (60% des Ausgangsvolumens auf Basis des entspr. Quartals des Jahres 2001 25.206,0 Punkte 40.773,0, Punkte 65.979,0 Punkte 42.192,0 Punkte 28.323,0 Punkte 70.515,0 Punkte

Leistungen der sog. "26-Liste" (100% des Ausgangsvolumens auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2003 53.280,0 Punkte 43.345,0 Punkte 96.625,00 Punkte 28.090,0 Punkte 22.725,0 Punkte 50.815,0 Punkte

Das Regelleistungsvolumen im BKK-Bereich sei erstmals zum Quartal IV/05 eingeführt worden. Der Arztsitz von Herrn D. sei zu diesem Zeitpunkt wieder besetzt gewesen. Eine Sicherstellungsproblematik sei für diesen Bereich nicht festzustellen.

Hiergegen legte der Kläger am 23.03.2007 Widerspruch ein. Mit Schreiben vom 29.03.2007 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass die Erhöhung des Regelleistungsvolumens zu einer Honorarnachzahlung in Höhe von insgesamt 2.889,25 EUR geführt habe, wovon 903,10 EUR und 991,02 EUR auf die sog. 54er-Liste entfiel und 995,13 EUR auf die 26-er Liste für das Quartal III/05.

Zur Begründung seines Widerspruchs legte der Kläger nochmals seine Auffassung dar, dass die dem Regelleistungsvolumen zugrunde liegenden Daten nicht mehr dem tatsächlich benötigten Punktezahlvolumen entspreche. Der Bedarf sei als Folge seiner Spezialisierung als einziger in A-Stadt niedergelassener Chirurg, der minimalinvasive endoskopische Operationen ambulant durchführe, entstanden, andererseits als Folge der Verlagerung von zuvor im hausärztlichen Bereich erbrachten ambulanten Operationen. Die hälftige Aufteilung des Regelleistungsvolumens des Dr. D. sei nicht hinreichend. Aufgrund der gemeinsamen operativen Tätigkeiten mit ihm im Rot-Kreuz-Krankenhaus und der häufigen gegenseitigen Vertretung sei der überwiegende Teil der Zuweiser bzw. Patienten mit ihm vertraut gewesen, eine Zusammenarbeit mit der Gemeinschaftspraxis habe nicht vorgelegen. Die Situation habe sich durch die Praxisnachfolge nicht geändert. Er habe die von ihm betreuten Patienten weiter versorgt. Eine Sonderregelung müsse bis zum Quartal II/06 eingeräumt werden. Entscheidend sei die fortbestehende Erhöhung der Fallzahlen sowie der sich stetig erhöhende Überweisungsanteil. Dies werde auch durch die weitere Überschreitung der Punktzahlvolumina deutlich.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 09.04.2008 den Widerspruch als unbegründet zurück. Nach dem Honorarverteilungsvertrag seien die Leistungen auf Basis des praxisbezogenen Regelleistungsvolumens für AOK-Versicherte nach der sog. 26er Liste mit einem Punktwert von 5,0 Cent zu bewerten. Das Regelleistungsvolumen bestimme sich jeweils auf Basis der Abrechnung der vergleichbaren Leistungen des entsprechenden Quartals des Jahres 2003. Stehe eine solche Abrechnung nicht zur Verfügung, sei der Durchschnittswert der Arzt-/Fachgruppe heranzuziehen. Für Leistungen oberhalb des Regelleistungsvolumens gelte ein Punktwert von 0,5 Cent. Für das Quartal II/03 sei auf den Durchschnittswert abgestellt worden. Im Bereich der 54er Liste können die ausgewiesenen Punktwerte nur bis zu einer Grenze von 60 % bezogen auf die vergleichbare Honorarforderung der Praxis im entsprechenden Quartal des Jahres 2001 (ausgenommen Quartale IV/05: Bezugsquartal IV/00) vergütet werden. Die weiteren Leistungen würden mit einer gemäß den Vorgaben des Honorarverteilungsvertrages gebildeten Quote bewertet werden. Fehle es an Abrechnungswerten, werde auf den Durchschnittswert der Fachgruppe abgestellt. Für Versicherte der Betriebskrankenkassen werde das Regelleistungsvolumen aus dem im entsprechenden Quartal des Jahres 2004 abgerechneten Honorar ermittelt. Es gelte ein Punktwert von 5,11 Cent. Weitere Leistungen würden mit einem Punktwert von 0 Cent vergütet werden. Für die übersteigerte Gesamtabrechnung eine Zugangsgrenze von 7,5 %, sei eine zusätzliche Quotierung bis zu einem (unteren) Wert von 0,51 Cent vorzunehmen. Eine weitergehende Sonderregelung wegen der Aufgabe der Praxis D. sei nicht gerechtfertigt. Der Vorstand habe festgelegt, dass eine von den Vorgaben des HVV abweichende Sonderregelung nur aus Gründen der Sicherstellung erfolgen könne. Hierfür sei maßgeblich, ob im Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden, die die streitgegenständlichen Leistungen in diesem Bereich sicherstellten. Im Planungsbereich A-Stadt würden die strittigen Leistungen von weiteren Fachärzten für Chirurgie durchgeführt und abgerechnet werden, so dass die Versorgung gewährleistet sei. Ein Fallzahlenanstieg sei in der Praxis nicht festzustellen. Die Fallzahlen seien – abgesehen von leichten quartalsbedingten Schwankungen – seit den Quartalen der Jahre 2002 und 2003 rückläufig, was sich aus der Übersicht ergebe:

Quartal	2002	2003	2004	2005	2006
I	602	603	399	419	435
II	622	612	471	479	361
III	644	512	481	443	422
IV	554	458	376	430	423

Endoskopische visceralchirurgische Leistungen nach Ziff. 31161 bis 31168 EBM 2005 habe der Kläger in den Quartalen II bis IV/05 und II/06 allein erbracht. Lediglich im Quartal I/06 habe diese Leistungen noch ein weiterer Kollege, der seine Praxis in 120 m Entfernung betreibe, erbracht. Dies dürfte jedoch auf den insgesamt sehr niedrigen Bedarf bezogen auf die Leistungen zurückzuführen sein. Da im übrigen die genannten Leistungen auch von anderen zur Abrechnung berechtigten Chirurgen sowie Mitgliedern anderer Fachgruppen erbracht worden seien, könne eine Praxisbesonderheit für die endoskopischen Eingriffe nicht festgestellt werden. Auch sei die Überschreitung des jeweiligen Regelleistungsvolumens nur zu einem geringen Teil auf diese Leistungen zurückzuführen. Nach der Fallzahlentwicklung sei eine überwiegende Übernahme der Patienten der Praxis D. nicht nachvollziehbar. Danach sei auch eine Verlagerung aus dem hausärztlichen Bereich nicht erkennbar.

Mit weiterem Widerspruchsbescheid vom 09. 04. 2008 wies die Beklagte auch die Widersprüche bezüglich der Quartale I und II/06 mit weitgehend gleicher Begründung als unbegründet zurück.

Sie wies darauf hin, dass die im Quartal IV/05 gültigen honorarvertraglichen Regelungen in den Quartalen I und II/06 weiter gegolten hätten. Für die sog. 26er- Liste seien die Durchschnittswerte der Fachgruppe herangezogen worden. Für die Zeit ab dem 01.01.2006 sei mit den Betriebskrankenkassen vereinbart worden, dass als Ausgangsquartal auf das entsprechende Quartal des Jahres 2005 abzustellen sei.

Gegen beide Widerspruchsbescheide hat der Kläger am 30.04.2008 die Klage erhoben. Hinsichtlich des Quartals II/05 hat der Kläger seine Klage im Termin zur mündlichen Verhandlung zurückgenommen. Er ist weiterhin der Auffassung, dass das Regelleistungsvolumen nicht dem tatsächlich benötigten Punktzahlvolumen entspreche. Im Bereich der 54er-Liste erfolge eine Vergütung nur bis zur Grenze von 60 % der vergleichbaren Honoraranforderung. Im BKK-Bereich würden die Überschreitungsanforderungen mit 0 Cent vergütet werden. Auch im BKK-Bereich müsse die Rechtsprechung Beachtung finden. In den Quartalen I und II/06 würden so 245.440,0 Punkte überhaupt nicht vergütet werden. Seine belegärztliche Tätigkeit habe er zum 30.06.2005 beendet, da das Rote-Kreuz-Krankenhaus den Belegstatus aufgegeben habe. Er habe dies durch ambulante Operationen kompensiert. Die Anzahl der ambulanten Operationen sei deshalb bereits ab dem Quartal II/05 stetig angestiegen. Im Zeitraum vom 01.04. bis 11.10.2005, also innerhalb von 7 Monaten habe er 525 neue Patienten operativ behandelt, mithin 225 Patienten pro Quartal. Im Übrigen wiederholt der Kläger im Wesentlichen sein Vorbringen aus dem Verwaltungsverfahren.

Der Kläger beantragt,
unter Abänderung des Bescheides der Beklagten vom 26. 02. 2007 in der Gestalt der beiden Widerspruchsbescheide vom 09. 04. 2008 die Beklagte zu verurteilen, ihn über seinen Antrag unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen in den angefochtenen Widerspruchsbescheiden. Zudem habe sie die Fallzahlen von Dr. D. im Vergleich zu denen des Klägers sowie den Umfang der visceralchirurgischen endoskopischen Operationen von Dr. D. ermittelt. Fallzahlen D.:

Quartal	Fallzahl
II/04	403
III/04	364
IV/04	330
I/05	308

Praxis des Klägers:
Quartal Leistungshäufigkeit endoskopische Gelenkeingriffe nach den Ziffern 31141 bis 31148 und endoskopische visceralchirurgische

Eingriffe nach den Ziffern 31161 bis 31168 bezogen auf die Gesamtfallzahl Vormalis Ziffern 2366, 2445, 2447, 2449, 2481 und 2482 EBM
`96

2366 2445 2447 2449 2481 2482

II/04 9 X X X X X

III/04 5 X X X X X

IV/04 8 X 2 X X X

I/05 9 X 2 X X X

Fallzahl des Klägers:

Quartal Fallzahl

I/05 419

Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit von Dr. D.

II/05 479

III/05 443

Praxisnachfolge Dr. D.

IV/05 430

I/06 435

II/06 361

Ansatzhäufigkeiten in der Praxis des Klägers:

Ziffer Quartal II/05 Quartal III/05 Quartal IV/05 Quartal I/06 Quartal II/06

31153 0 0 6 (nicht 8) 3 (nicht 9) 4 (nicht 5)

31154 0 (nicht 8) 0 23 (nicht 25) 23 (nicht 34) 27 (nicht 28)

31155 0 (nicht 6) 0 8 6 (nicht 7) 5

31158 0 0 4 3 0

Ziffern Quartal II/05 Quartal III/05

90863 A 0 (nicht 13)

90865 A 0 (nicht 1) 4

90866 A 0 (nicht 2) 2

90867 A 0 (nicht 9) 27

90868 A 1 (nicht 4)

90869 A 4

90869 D 0 (nicht 4)

90870 D 0 (nicht 6)

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

Entscheidungsgründe:

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

Die Klage ist zulässig und begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 26.02.2007 in der Gestalt der beiden Widerspruchsbescheide vom 09.04.2008 ist im Hinblick auf die Quartale III/05 bis II/06 rechtswidrig und war deshalb aufzuheben. Der Kläger hat einen Anspruch darauf, über den Antrag auf Festsetzung einer Sonderregelung für Leistungen des ambulanten Operierens bei Versicherten der AOK Hessen nach der "26er" Liste für die Quartale III/05 bis II/06 sowie bei Versicherten der Betriebskassen für die drei Quartale IV/05 bis II/06 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu beschieden zu werden.

Nach der hier maßgeblichen Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, dem BKK Landesverband Hessen, der IKK Hessen, dem Verband der Angestellten Krankenkassen e. V. (VdAK) – Landesvertretung Hessen, dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V. – Landesvertretung Hessen, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, der Krankenkasse für den Gartenbau und der Knappschaft zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005 vom 10.11.2005, veröffentlicht als Anlage 2 zum Landesrundsreiben/Bekanntmachung vom 10.11.2005 (im Folgenden: HVV), gilt für den Bereich des hier strittigen ambulanten Operierens für die Quartale II und III/05 nach Nr. 2 der Anlage 3 zu Ziff. 7.2 HVV für Versicherte der AOK Hessen – "26er Liste" Folgendes:

2.1 Soweit in Anlage 3 zu Ziffer 7.1 Leistungen mit der Kennzeichnung "A", "B", "C" und "E" versehen und die Bewertungsvorgaben keine Kennzeichnung mit "-" haben, – ausgenommen Nrn. 90840 A, 90840 B, 90840 C, 90840 D und 90840 E – OP des Karpaltunnelsyndroms – sind die Leistungen auf Basis eines praxisbezogenen Regelleistungsvolumens mit einem Punktwert von 5,0 Ct. (Bewertung entspricht den in Anlage 3 zu Ziffer 7.1 ausgewiesenen EUR Beträgen) zu bewerten.

2.2 Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen bestimmt sich dabei auf Basis der Abrechnung der vergleichbaren Leistungen des entsprechenden Quartals des Jahres 2003. Soweit für eine Praxis eine Honorarforderung aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2003 nicht zur Verfügung steht, u. a. da erst nach diesem Quartal mit dem ambulanten Operieren begonnen worden ist, gelten die vorstehenden Regelungen unter Ziffer 1.5 für die Bildung des im aktuellen Abrechnungsquartal gültigen Regelleistungsvolumens entsprechend.

2.3 Für Leistungen oberhalb des Regelleistungsvolumens gemäß Ziffer 2.2 gilt ein Punktwert 0,5 Ct.

2.4 Für ambulante Nachbetreuungen bei (operativen) Leistungen, die gemäß Ziffern 2.1 bis 2.3 in ein Regelleistungsvolumen einbezogen sind, erfolgt die Honorierung auf Basis einer Quote gebildet aus den entsprechenden Honorarforderungen im aktuellen Quartal unter Zugrundelegung der in Anlage 3 zu Ziffer 7.1 ausgewiesenen Bewertungen und dem im entsprechenden Quartal des Jahres 2003 für die vergleichbaren Leistungen zur Verfügung stehenden Honorarvolumen.

Die Nr. 1.5 der Anlage 3 zu Ziff. 7.2 HVV, auf die in Nr. 2.2 Satz 2 der Anlage 3 zu Ziff. 7.2 HVV verwiesen wird, lautet:

Soweit für eine Praxis eine Honorarforderung aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2001 (ausgenommen 4. Quartal 2002: Bezugsquartal 4/2000) nicht zur Verfügung steht, ist der 60 %-Anteil auf die durchschnittliche Honorarforderung je Arzt der Arzt-/Fachgruppe in dem betreffenden Quartal des Jahres 2001 (ausgenommen 4. Quartal 2002: Bezugsquartal 4/2000) zu beziehen. Von der genannten Voraussetzung des Nichtvorliegens einer Honorarforderung aus dem jeweiligen Quartal des Jahres 2001 (ausgenommen 4. Quartal 2002: Bezugsquartal 4/2000) ist dann nicht auszugehen, wenn mindestens ein Mitglied der Praxis bereits im entsprechenden Vorjahresquartal niedergelassen gewesen ist. In diesem Fall bestimmt sich die Honorarforderung des entsprechenden Quartals 2001 unter Berücksichtigung der Zahl der neu in eine Praxis eingetretenen bzw. ausgeschiedenen Praxisteilnehmer, für die in der Regel die entsprechende durchschnittliche Honorarforderung je Arzt der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe als Bemessungsgrundlage heranzuziehen ist.

Diese Vorgaben wurden für die Quartale ab IV/05 im Wesentlichen übernommen. Für Versicherte der Betriebskrankenkassen wurde der folgende Passus ab diesem Zeitpunkt neu aufgenommen:

4.1. Die ambulant für Versicherte der Betriebskrankenkassen erbrachten und abgerechneten operativen Leistungen nach Kapitel IV.31.2 EBM 2000plus unterliegen einer zusätzlichen Bewertung auf Basis eines praxisbezogenen Regelleistungsvolumens. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen in Punkten bestimmt sich dabei aus dem im entsprechenden Quartal des Jahres 2004 abgerechneten Honorar (in EUR) für ambulant durchgeführte Operationen dividiert durch einen Punktwert von 5,11 Ct. (ausgenommen ambulant durchgeführte Kataraktoperationen nach Nr. 31351 EBM 2000plus) – siehe Ziffer 4.3).

4.2 Für die abgerechnete Honorarforderung gilt bis zur Grenze des nach Ziffer 4.1 festgestellten praxisbezogenen Regelleistungsvolumens (in Punkten) der in Ziffer 4 der Anlage 3 zu Ziffer 7.1 ausgewiesene Punktwert von 5,11 Ct. Für über das praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinausgehende Honorarforderungen gilt ein Punktwert von 0 Ct.

4.4. Soweit die unter Zugrundelegung der Punktwerte in Ziffer 4 der Anlage 3 zu Ziffer 7.1 und der vorstehenden Regelungen nach Ziffer 4.1 bis 4.3 insgesamt für alle Praxen festgestellte Honorarforderung (in EUR) das im entsprechenden Quartal des Jahres 2004 für die vergleichbaren Leistungen mit den Betriebskrankenkassen abgerechnete Honorar bzw. die anteilige Gesamtvergütung eine Zuwachsgrenze von 7,5% übersteigt, ist eine zusätzliche Quotierung der in Ziffer 4 der Anlage 3 zu Ziffer 7.1 ausgewiesenen Punktwerte für die postoperative Überwachung nach Kapitel IV.31.3 und die postoperative Behandlung nach Kapitel IV.31.4 EBM 2000plus bis zu einem (unteren) Wert von 0,51 Ct. vorzunehmen. Die Vorgabe zur Quotierung gilt auch für den von der KV Hessen zu tragenden hälftigen Anteil bei eventuellen Honorarmehrforderungen bis zu 7,5%. (Die verbleibende Honorarmehrforderung wird von den Betriebskrankenkassen finanziell getragen.)

An die Vorgaben des Honorarverteilungsvertrages ist die Beklagte bei der Honorarverteilung gebunden. Angesichts einer extrabudgetären Vergütung zu festen Punktwerten ist es ferner nicht zu beanstanden, dass hierfür feste Regelleistungsvolumen vorgesehen werden, die auf frühere Abrechnungsquartale Bezug nehmen (vgl. BSG, Urt. v. 08.02.2006 – [B 6 KA 25/05 R](#) -, [SozR 4-2500 § 85 Nr. 23](#) = [MedR 2006, 603](#) = [NZS 2006, 667](#), juris Rdnr. 23 m.w.N.).

Ausgehend von diesen Regelungen hat die Beklagte dem Kläger im Hinblick auf die 26er-Liste und 54er-Liste für die Quartale III/05 bis II/06 sowie für die BKK-Versicherten für die Quartale IV/05 bis II/06 eine Sonderregelung zu gewähren. Zwar lagen eigene Abrechnungswerte des Klägers im maßgeblichen Referenzquartal jeweils vor. Die Beklagte hat jedoch außer Acht gelassen, dass der Kläger bis zur Aufgabe seiner Tätigkeit im Rot-Kreuz-Krankenhaus zum Ende des Quartal II/05 einen hohen Anteil an Operationen, die er vorher stationär als Belegarzt, nunmehr ambulant in seiner Praxis erbracht hat. Diese stationären Leistungen hat die Beklagte bei der Berechnung der Ausgangswerte für die Abrechnungen nach der 26er-Liste und 54er Liste nicht mit berücksichtigt. Dadurch hat die Beklagte den Kläger schlechter gestellt, als einen ambulanten Operateur, der – neu hinzugekommen – über keine Vergleichswerte im Referenzquartal verfügt. Für diesen wären die Durchschnittswerte der Fachgruppe herangezogen worden. Diese Vorgehensweise ist mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit unvereinbar. Die Kammer erkennt nicht, dass die Vertragspartner des HVV die Bezugnahme auf den Fachgruppendurchschnitt ausdrücklich auf neu hinzukommende Operateure begrenzt haben. Dies liegt offensichtlich daran, dass es sich um mit festen Punktwerten vergütete Leistungen handelt und keine Anreize für die Ausdehnung dieses operativen Bereichs geschaffen werden sollten. Aufgrund der Spezialisierung dieses Bereichs verbleiben den Ärzten Wachstumsmöglichkeiten in den übrigen Leistungsbereichen. Soweit dort auch Regelleistungsvolumen bestehen, würde die Zulässigkeit des Wachstums in segmentierten Regelleistungsvolumen dazu führen, dass insgesamt eine Ausdehnung der Leistungen und des Honorarvolumens ermöglicht wird, was zu Lasten der anderen Ärzte gehen würde oder den Krankenkassen und damit den Beitragszahlern weitere Kosten auferlegen würde. Insofern kann für einen segmentierten Bereich mit festen Punktwerten an das Abrechnungsvolumen vorangegangener Quartale angeknüpft werden, da hieraus auf die Wahrnehmung des Versorgungsumfangs und insoweit auch auf den Punktebedarf der Praxis geschlossen werden kann. Es obliegt insofern dem Entscheidungsspielraum der Vertragspartner des Strukturvertrags bzw. des HVV, ob sie darüber hinaus Anreize für eine Leistungsausdehnung oder weitere Spezialisierung setzen wollen. Im Übrigen werden die Leistungen auch bei Überschreitung des Regelleistungsvolumens vergütet. Es wird noch ein Punktwert mit 0,5 Cent geleistet. (So ausdrücklich Urteile der 12. Kammer des SG Marburg, Az.: [S 12 KA 899/06](#) und [S 12 KA 780/06](#), jeweils vom 31. Oktober 2007). Von dieser Rechtsprechung im Grundsatz abzuweichen, besteht kein für die Kammer kein Anlass. Der vorliegende Fall stellt jedoch auch vor dem Hintergrund dieser grundsätzlichen Erwägungen insoweit einen Sonderfall dar, als Leistungen im Referenzquartal im stationären Bereich erbracht wurden, die dann in den ambulanten Bereich verlagert wurden. Es handelt sich insoweit gerade nicht um den Fall, der von den Vertragspartnern vermieden werden sollte, dass eine Praxis, die ambulante Operationen durchführt, weiter wächst. Um Wachstum geht es vorliegend nicht, vielmehr ausschließlich um die Aufrechterhaltung des statuts quo. In dieser spezifischen Konstellation muss dem Kläger eine Sonderregelung gewährt werden. Im Termin zur mündlichen Verhandlung hat der Kläger dem Gericht plausibel dargelegt, wie sich seine Tätigkeit nach Aufgabe der belegärztlichen Tätigkeit dargestellt hat. Die Kammer erachtet es als nachvollziehbar und im belegärztlichen Bereich für geradezu typisch, dass die

Patienten zunächst ambulant erfasst und beraten bzw. behandelt werden, um dann ggf. zu Operationszwecken stationär aufgenommen zu werden. Vor diesem Hintergrund ist plausibel, dass trotz Aufgabe der belegärztlichen Tätigkeit kein Fallzahlenanstieg im ambulanten Bereich zu verzeichnen war. Vielmehr hat sich ausschließlich die Operationstätigkeit aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert. Insoweit ist unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit dem Kläger eine Sonderregelung dahingehend zu gewähren, dass sein bisheriger Praxisumfang aus stationärer und ambulanter Operationstätigkeit, mindestens jedoch ein Praxisumfang im Durchschnitt der Fachgruppe aufrechterhalten werden kann. Entsprechendes gilt für die Leistungen bei Versicherten der BKK. Die Kammer hält es in diesem Zusammenhang entgegen dem Vortrag des Klägers für nicht zu beanstanden, dass der untere Punktwert mit 0 Ct. bewertet ist. Der Bildung von Regelleistungsvolumina ist immanent, dass eine Begrenzung der Vergütung stattfindet. Bei der Verteilung der Gesamtvergütung sind Maßstäbe zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen und arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen. Mit dem Gestaltungselement der Regelleistungsvolumina soll zum einen 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 werden soll. Nachdem Leistungen, die den Grenzwert überschreiten, jedoch lediglich mit "abgestaffelten" reduzierten Punktwerten vergütet werden, um den ökonomischen Anreiz zur übermäßigen Mengenausweitung zu begrenzen, handelt es sich primär um ein Instrument der Mengenbegrenzung (HLSG, Urteil vom 23.04.2008, Aktenzeichen: [L 4 KA 69/07](#)). Dabei ist systemimmanent, dass auch eine Abstaffelung bzw. Reduzierung bis auf einen Punktwert von 0 Cent vorkommen kann. Dies ist umso mehr nicht zu beanstanden, als der obere Punktwert im BKK-Bereich mit 5,11 Cent bereits vergleichsweise sehr hoch ist.

Nicht zu beanstanden ist hingegen, dass die Beklagte dem Kläger für das Quartal III/05 bereits eine Sonderregelung gewährt hat, indem zu seinen Gunsten das hälftige Regelleistungsvolumen der Praxis Dr. D. zusätzlich anerkannt wurde. Diese Regelung hält das Gericht auf der Grundlage der dargestellten Praxisentwicklungen beider Praxis sowie im Hinblick auf die seitens der Beklagten dokumentierten Fallzahlsteigerungen im Zusammenhang mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch Dr. D. für angemessen. Eine darüber hinausgehende Erhöhung des RLV kommt zur Überzeugung des Gerichts unter dem Gesichtspunkt der Praxisaufgabe von Dr. D. nicht in Betracht.

Bei der Neubescheidung wird die Beklagte die Rechtsauffassung des Gerichts im Hinblick auf die Anpassung des RLV nach Aufgabe der belegärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen haben. 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 bei der Bezugnahme auf die Referenz quartale ggf. der Umfang der belegärztlichen Leistungen ermittelt werden und bei der Berechnung der Folge quartale berücksichtigt werden könnte. Sollten die so ermittelten Werte oberhalb des Durchschnitts der Fachgruppe liegen, hielte es die Kammer auch für hinnehmbar, wenn nur die Durchschnittswerte der Fachgruppe zugrunde gelegt werden würden. Vorsorglich weist die Kammer darauf hin, dass die Bestimmung des Fachgruppenschnitts anhand der Zahl der tatsächlich operierenden Ärzte, nicht anhand der Zahl der Ärzte in den Praxen und Gemeinschaftspraxen, die die ambulanten Operationen erbringen, zu erfolgen hat (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 29.08.2007 S 12 KA 1194/05 -; SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007- [S 12 KA 899/06](#) -).

Nach alledem war der Klage 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

2011-08-15