

S 83 KA 199/10

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

SG Berlin (BRB)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

83

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 83 KA 199/10

Datum

30.11.2011

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 7 KA 154/11

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Der Bescheid der Beklagten vom 27.04.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.12.2009 wird aufgehoben. Die Beklagte wird verpflichtet, über den Antrag des Klägers auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten für das Quartal I/2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens tragen der Kläger und die Beklagte jeweils zur Hälfte.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Anerkennung von Praxisbesonderheiten für das Regelleistungsvolumen (RLV) im Quartal I/2009. Der Kläger nimmt als Facharzt für Kinderheilkunde seit dem 02.05.2002 im Verwaltungsbezirk R der vertragsärztlichen Versorgung teil. Seit 2007 führt er die Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie. Die Beklagte wies dem Kläger mit Bescheid vom 11.12.2008 für das Quartal I/2009 ein RLV in Höhe von 28.996,22 EUR zu unter Zugrundelegung der Fallzahl des Klägers im Quartal I/2008 (925) und des RLV-Fallwertes der Arztgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Arztgruppe 04) im Quartal I/2009 von 31,47 EUR mit Schreiben vom 12.12.2008 und vom 21.02.2009 beantragte der Kläger bei der Beklagten, die Leistungen des neuropädiatrischen Kapitels außerhalb des RLV extrabudgetär zu dem gegebenen Punktwert abrechnen zu können und seinen arztindividuellen RLV-Fallwert auf mindestens 42,00 EUR zu erhöhen. Zur Begründung führte er aus, dass ein erheblicher Bedarf für die Diagnostik und Behandlung neuropädiatrischer Krankheiten bestehe, die einen hohen Zeitaufwand erfordere, der durch das RLV nicht abgedeckt sei. Ferner gebe es in Berlin keine homogene Gruppe von Neuropädiatern. Zudem habe der Kläger im Quartal I/2008 seine Tätigkeit krankheitsbedingt einschränken müssen. Mit Bescheid vom 27.04.2009 lehnte die Beklagte die Anerkennung von Praxisbesonderheiten für das Quartal I/2009 ab. Den hiergegen gerichteten Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 15.12.2009 zurück. Zur Begründung führte sie aus, dass der arztindividuelle Fallwert des Klägers im Quartal I/2008 von 40,92 EUR den RLV-Fallwert der Arztgruppe für das Quartal I/2009 von 31,47 EUR nur um 30,03 % überschreite und die Überschreitung nur unwesentlich über der im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 festgelegten Grenze von 30 % liege. Aus Gründen der Gleichbehandlung sei auch bei Überschreiten der 30%-Grenze nach der Wertung des Beschlusses eine Überschreitung des RLV-Fallwertes bis zu dem Grenzwert von 30 % hinzunehmen. Die krankheitsbedingte Einschränkung der Tätigkeit des Klägers im Quartal I/2008 sei insofern unerheblich, da sich diese zwar auf die Fallzahl, nicht aber auf den Fallwert auswirke. Da bereits der Grenzwert von 30 % nicht wesentlich überschritten worden sei, komme es auf den grundsätzlich ebenfalls zu berücksichtigenden Fallzahlrückgang in dem Zeitraum ab Einführung der Individualbudgets (Quartale III/2002 bis II/2003) bis zum Quartal I/2007 vorliegend nicht an. Am 12.05.2010 hat der Kläger Klage erhoben, mit der er sein Begehren weiterverfolgt. In der mündlichen Verhandlung hat der Kläger klargestellt, dass er im vorliegenden Verfahren ausschließlich die Zuerkennung eines höheren RLV auf Grund der Anerkennung von Praxisbesonderheiten begehrt. Er ist der Ansicht, die Beklagte habe den Antrag auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten zu Unrecht abgelehnt. Ihm sei vielmehr für das Quartal I/2009 eine Erhöhung seines individuellen Fallwertes auf 42,00 EUR zuzugestehen. Die von der Beklagten im Ausgangsbescheid vorgenommene Berücksichtigung der Fallzahlentwicklung zwischen 2002/2003 und 2007 sei von keiner Ermächtigungsgrundlage gedeckt und führe die Regelungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses hinsichtlich der Anerkennung von Praxisbesonderheiten ad absurdum. Auch die in diesem Zusammenhang erfolgte Heranziehung des Jahres 2007 finde keine rechtliche Stütze und widerspreche dem sonstigen Vorgehen der Beklagten. Zudem sei gerade auch die zunehmende Spezialisierung des Klägers im neuropädiatrischen Bereich für den Fallzahlrückgang verantwortlich gewesen. Die im Quartal I/2009 vorgesehene 30%-Grenze für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten sei rechtswidrig. Das BSG habe eine Verpflichtung zur Überprüfung und zum Einschreiten des Normgebers angenommen, wenn Punktwerrückgänge (mindestens) 15 % betragen und wesentliche Leistungsbereiche einer Arztgruppe betroffen seien. Dies müsse auch im vorliegenden Zusammenhang gelten. Es sei mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit unvereinbar, wenn eine ursprünglich zulässige und entsprechend honorierte Tätigkeit bei der Umstellung auf das System der RLV nicht oder nur mit einem Abschlag von 30 % berücksichtigt werde, wenn die Spezialisierung sich nicht als unwirtschaftlich darstelle (Verweis auf die Urteile des Hessischen LSG vom 17.03.2010 - [L 4 KA 25/08](#) und [L 4 KA 29/08](#)). Die Praxis des Klägers sei mit der Arztgruppe 04, der der

Kläger zugeordnet sei, nicht vergleichbar. Der Fallwert sei jedoch für alle Mitglieder der Fachgruppe identisch, was zu einer Nivellierung unter Außerachtlassung bestehender Behandlungsschwerpunkte führe. Praxisindividuellen Gegebenheiten würde nicht ausreichend Rechnung getragen. Nur wenige Kinderärzte würden eine Qualifikation aufweisen, die derjenigen des Klägers entspreche. Eine ausreichende Versorgung der neuropädiatrischen Patienten sei nicht gewährleistet. Unklar sei auch, wie der Fallwert des Klägers von 40,92 EUR ermittelt worden sei. Der 40%-Versichertenaufschlag nach dem EBM 2008 sei aus Sicht des Klägers einzuberechnen. Unklar sei weiterhin, ob die durch den Erweiterten Bewertungsausschuss am 23.10.2008 beschlossenen Veränderungen (Teil F. Anlage 2 Nr. 6) in die Berechnungen einbezogen worden seien. Für den Fallwertvergleich sei nicht auf das Vorjahresquartal, sondern auf das jeweils betreffende Quartal abzustellen. Auch sei den Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses nicht zu entnehmen, dass nur die 30 % überschreitende Fallwertdifferenz als Praxisbesonderheit anzuerkennen sei. Mangels anderweitiger Regelung sei davon auszugehen, dass eine vollständige Einberechnung erfolgen müsse. Der Kläger beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 27.04.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.12.2009 zu verpflichten, über das Regelleistungsvolumen des Klägers für das Quartal I/2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Sie verweist zunächst auf die Begründung des Widerspruchsbescheides und trägt darüber hinaus vor: Zu der in Teil 2 Nr. 4 des Honorarvertrages für das Jahr 2009 in der Fassung des Beschlusses des Landesschiedsamtes vom 21.11.2008 (HVV 2009) aufgegebenen gesamtvertraglichen Vereinbarung zu den Praxisbesonderheiten sei es für das Quartal I/2009 nicht gekommen. Zwar habe die Beklagte den Krankenkassenverbänden einen entsprechenden Vorschlag übermittelt, hierüber habe jedoch keine Abstimmung erzielt werden können. Infolge dessen gelte hinsichtlich der Anerkennung von Praxisbesonderheiten für das Quartal I/2009 Teil 2 Nr. 1 des HVV 2009 i.V.m. Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008. Die darin geregelten Voraussetzungen für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten lägen nicht vor. Nach Abzug des im Rahmen der Kausalitätsprüfung zu berücksichtigenden Fallzahlrückgangs in dem Zeitraum zwischen III/2002 bis II/2003 einerseits und I/2007 andererseits verbleibe lediglich eine Differenz zwischen dem individuellen Fallwert des Klägers und dem RLV-Fallwert der Arztgruppe von 26,89 % und damit weniger als der Grenzwert von 30 %. Der Fallzahlrückgang, der auch nicht durch die Spezialisierung des Klägers bedingt sei, da er bis zum 31.12.2007 keine neuropädiatrischen Leistungen abgerechnet habe, spreche dafür, dass der hohe Fallwert des Klägers nicht durch die Praxisbesonderheiten kausal bedingt sei. Das Quartal I/2007 sei für den Fallzahlvergleich herangezogen worden, weil dadurch ausgeschlossen werden können, dass der Kläger durch einen nach Erwerb der neuropädiatrischen Zusatzbezeichnung eingetretenen Fallzahlrückgang benachteiligt werde. Im Übrigen hätten die neuropädiatrischen Leistungen des Klägers in den Quartalen IV/2007 bis I/2009 in keinem der Quartale 20 % des Gesamtpunktzahlvolumens ausgemacht, was aber nach der jüngsten Rechtsprechung des BSG (Urteile vom 29.06.2011 - B 6 KA 1710 R u.a.) für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten erforderlich sei. Die Heranziehung der 30%-Grenze stehe im Einklang mit den Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses und sei nicht zu beanstanden. Die Arztgruppenzuordnung sei - obwohl gar nicht streitgegenständlich - auch in der Sache nicht zu beanstanden. Der Ermittlung des Fallwertes des Klägers im Quartal I/2008 von 40,92 EUR seien alle RLV-relevanten Leistungen dieses Quartals zu Grunde gelegt worden. Das RLV-relevante Honorar aus I/2008 sei unter Berücksichtigung des HVV 2009 ermittelt und durch die Anzahl der Fälle geteilt worden. Auch der Vergleich dieses Fallwertes mit dem RLV-Fallwert des betreffenden Quartals I/2009 zur Ermittlung der Praxisbesonderheiten sei nicht zu beanstanden. Nicht zu beanstanden sei zudem, dass nur der den Grenzwert von 30% übersteigende Anteil der Fallwertüberschreitung anerkannt werde, da es unbillig wäre, bei einer Fallwertüberschreitung von 29,9 % gar keine Praxisbesonderheiten anzuerkennen und bei einer Fallwertüberschreitung von 30,1 % die gesamte Fallwertüberschreitung. Die Beklagte hat auf Anforderung des Gerichts Abrechnungsdaten des Klägers für das Quartal I/2009 sowie eine Übersicht über die neuropädiatrischen Leistungen in den Quartalen IV/2007 bis I/2009 übersandt. Hinsichtlich dieser Daten wird vollumfänglich auf die Gerichtsakten (Bl. 71-73 = Anlage B 1 sowie Bl. 91 = Anlage B 4) Bezug genommen. Zur Ergänzung des Sach- und Streitstandes wird im Übrigen auf den Inhalt der gerichtsakten sowie der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Er war Gegenstand der Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe:

Streitgegenstand der angefochtenen Bescheide und des vorliegenden Verfahrens ist nach diesbezüglicher Klarstellung durch den Klägerbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung allein die Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Rahmen des Regelleistungsvolumens für das Quartal I/2009. In der Rechtsprechung des BSG ist anerkannt, dass über für das Honorar relevante Vorfragen - wie hier das Regelleistungsvolumen - vorab unabhängig vom Erlass eines Honorarbescheides durch gesonderten Bescheid entschieden werden kann (vgl. dazu Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, § 21 Rdnr. 71). In diesem Rahmen ist auch eine Beschränkung auf einzelne, abgrenzbare, Vorfragen, wie hier die Anerkennung von Praxisbesonderheiten, zulässig (vgl. Wenner, a.a.O.; vgl. z.B. auch BSG, Urteil vom 03.02.2010 - B 6 KA 1/09 R, juris Rdnr. 12). Nur ergänzend sei insofern darauf hingewiesen, dass die Zuordnung des Klägers zur Arztgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Arztgruppe 04) nicht zu beanstanden sein dürfte. Die Bildung einer gesonderten Gruppe der Neuropädiater war unter Berücksichtigung des Gestaltungsspielraums des (Erweiterten) Bewertungsausschusses bzw. der Gesamtvertragspartner bereits deshalb nicht veranlasst, weil es sich nach den eigenen Angaben des Klägers um eine sehr kleine und inhomogene Gruppe handelt. Derartigen Spezialisierungen wird durch die Vorschriften über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten ausreichend und abschließend Rechnung getragen. Die zulässige Anfechtungs- und Bescheidungsklage ist insoweit begründet, als die Beklagte bei der Neubeseidung des Antrages des Klägers auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten die von der Auffassung des Klägers abweichende Rechtsauffassung des Gerichts zu beachten hat. Soweit das Gericht der Rechtsauffassung des Klägers nicht folgt, war die Klage abzuweisen (vgl. Keller, in Meyer-Ladewig u.a., SGG, 9. Aufl., § 141 Rdnr. 11a). Die Entscheidung der Beklagten über den Antrag auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten war bereits deshalb rechtswidrig und daher aufzuheben, weil es für das vorliegend streitbefangene Quartal I/2009 für den Bereich der KV Berlin an der insofern zwingend erforderlichen gesamtvertraglichen Regelung zu den Praxisbesonderheiten fehlte. Nach § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V sind im Rahmen der Bestimmung des Regelleistungsvolumens auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen, soweit dazu Veranlassung besteht. Nach Teil F. Nr. 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung vom 27./28.08.2008 (abrufbar unter <http://www.kbv.de/8157.html>) werden die Praxisbesonderheiten zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% vorliegt. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Teil A Nr. 3 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 9. Sitzung vom 15.01.2009 (Konvergenzbeschluss, abrufbar unter <http://www.kbv.de/8157.html>), wonach die Partner der Gesamtverträge aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abweichend von dem vorgenannten Beschluss vom 27./28.08.2008 zur Vorgabe eines Grenzwertes zur Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe in Höhe von mindestens 30 % im Einzelfall eine Praxisbesonderheit feststellen können, obwohl die so vorgegebene Überschreitung nicht vorliegt,

findet vorliegend noch keine Anwendung, weil diese Regelung den Gesamtvertragspartnern eine abweichende Regelungsbefugnis erst ab dem 01.04.2009 einräumt (Teil A. Nr. 1 des Beschlusses). Der in der Fußnote 2 zu Teil A Nr. 1 geregelte Ausnahmefall, dass die RLV für das Quartal I/2009 unter Vorbehalt festgesetzt wurden, liegt hier nicht vor. Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 ermöglicht keine Prüfung von Praxisbesonderheiten im Einzelfall, sondern überlässt die diesbezüglichen Einzelheiten und das Verfahren den Gesamtvertragspartnern, die ausweislich des Wortlauts der Regelung ("werden", "einigen sich") zwingend eine Regelung zu treffen haben. Eine entsprechende Regelung enthält der im Quartal I/2009 geltende HVV 2009 vom 21.11.2008 (Beschluss des Landesschiedsamtes) nicht. Sofern die Beklagte meint, Teil 2 Nr. 1 des HVV, wonach die Vorgaben des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses einzuhalten sind, stelle eine taugliche Rechtsgrundlage dar, ist dem nicht zu folgen. Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses enthält gerade keine abschließende Regelung bezüglich der Anerkennung von Praxisbesonderheiten, sondern regelt allein und ebenfalls nicht abschließend die Voraussetzungen für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten und weist die Regelungen bezüglich des Verfahrens der Umsetzung den Gesamtvertragspartnern zu. Eine Regelung, die ihrerseits nur auf die Regelungen des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses verweist, genügt diesem Regelungsauftrag evident nicht. Überdies heißt es in Teil 2 Nr. 4 des HVV 2009 ausdrücklich: Die KV Berlin erarbeitet bis zum 05. Dezember 2008 einen Vorschlag zu Praxisbesonderheiten, der bis zum 15. Dezember 2008 mit den Vertragsparteien abzustimmen ist. Das Landesschiedsamt hat damit ausdrücklich keine eigene Regelungen zu den Praxisbesonderheiten getroffen, sondern diese den Gesamtvertragspartnern im Nachgang in eigener Verantwortung übertragen. Diesem Auftrag sind die Gesamtvertragspartner für das Quartal I/2009 nicht nachgekommen. Ausweislich der Mitteilung der Beklagten in dem Schriftsatz vom 10.11.2011 hat die Beklagte zwar tatsächlich einen Vorschlag zu den Praxisbesonderheiten erarbeitet. Zu einer Einigung mit den Krankenkassenverbänden ist es aber nicht gekommen. Die Neuregelung des § 5 Abs. 9 HVV in der 1. Änderungsvereinbarung vom 31.03.2009 zum HVV 2009 betrifft ausdrücklich nur den Zeitraum ab dem 01.04.2009 und nimmt zudem Bezug auf den ebenfalls erst ab dem 01.04.2009 geltenden Konvergenzbeschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15.01.2009. Ohne die zwingend erforderliche Regelung im HVV ist eine Entscheidung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten entgegen der Ansicht der Beklagten nicht möglich. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses regelt nur grob die Definition von Praxisbesonderheiten. Er enthält jedoch keinerlei Vorschriften über das Verfahren und die Einzelheiten der Anerkennung. So bleibt etwa offen, auf welche Fallwerte konkret bezüglich der 30 % - Grenze abzustellen ist (Engelhard, in Hauck/Noftz, SGB V, EL 10/09, § 87b Rdnr. 53), wie und in welchem Umfang bei Vorliegen von Praxisbesonderheiten die Anerkennung zu erfolgen hat und ob der KÄV insofern ein Ermessen zusteht. Dies sind Fragen, die zwingend einer Regelung auf gesamtvertraglicher Ebene bedürfen. Zwar wäre grds. nichts dagegen einzuwenden, wenn die Gesamtvertragspartner die Regelungsbefugnis teilweise auf den Vorstand der KÄV weiterdelegieren (vgl. dazu BSG, Urteil vom 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#), Rdnr. 18 unter Hinweis auf BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#); vgl. ferner etwa § 6 Abs. 3 des HVV 2009 der KV Nordrhein [<http://www.kvno.de/downloads/hvv0901.pdf>] und § 11 des HVV 2009 der KV Baden-Württemberg [[http://www.kvbw-admin.de/data/dateiverwaltung/2008-12-10-Honorarverteilung 2009 01.pdf](http://www.kvbw-admin.de/data/dateiverwaltung/2008-12-10-Honorarverteilung%2009%2001.pdf)]). Ohne eine solche ausdrückliche Übertragung der Befugnisse fehlt es aber an einer ausreichenden Legitimationsgrundlage für die Entscheidung der Beklagten, zumal im HVV die Regelung gerade nicht dem Vorstand der Beklagten übertragen wurde, sondern den Gesamtvertragspartnern. Die Beklagte wird daher zunächst auf eine nachträgliche Vereinbarung zu den Praxisbesonderheiten auf gesamtvertraglicher Ebene hinzuwirken haben, um im Anschluss den Antrag des Klägers auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten auf dieser Grundlage neu bescheiden zu können. Für die Neubescheidung des Antrages des Klägers auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten und die zuvor erforderliche Vereinbarung auf gesamtvertraglicher Ebene weist die Kammer auf Folgendes hin: 1. Für die Frage, wann eine "für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung" vorliegt (einen besonderen Versorgungsauftrag hatte der Kläger nicht), kann die Rechtsprechung des BSG zum besonderen Versorgungsbedarf im Rahmen der Erweiterung der Zusatz- und Praxisbudgets gemäß Nr. 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B, EBM 1996 zumindest sinngemäß herangezogen werden (siehe hierzu das Urteil der Kammer vom 08.06.2011 - [S 83 KA 439/10](#) (unveröffentlicht) sowie - für die Zeit vor Geltung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 - BSG, Urteile vom 29.06.11, [B 6 KA 17/10 R](#) u.a.). Danach setzte der besondere Versorgungsbedarf eine im Leistungsangebot der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung voraus, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl der Praxis hat. Dies erforderte vom Leistungsvolumen her, dass bei dem Arzt das durchschnittliche Punktzahlvolumen je Patient in dem vom Budget erfassten Bereich die Budgetgrenze übersteigt und zudem, dass bei ihm im Verhältnis zum Arztgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit vorliegt, die zwar allein noch nicht ausreicht, aber immerhin ein Indiz für eine entsprechende Spezialisierung darstellt (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 22.03.2006 - [B 6 KA 80/04 R](#), juris, m.w.N.). Diese Kriterien sind auch unter Geltung der RLV geeignet, das Merkmal der besonderen, für die Versorgung bedeutsamen Spezialisierung zu konkretisieren (Vgl. BSG, Urteile vom 29.06.2011, [a.a.O.](#)). 2. Eine vom Durchschnitt abweichende Praxisausrichtung, die Rückschlüsse auf einen Versorgungsbedarf erlaubt, kann sich auch hier in einem besonders hohen Anteil der in einem speziellen Leistungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl zeigen. Zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit genügt es allerdings nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen (vgl. dazu BSG, Urteil vom 29.06.2011 [B 6 KA 20/10 R](#)). Die Überschreitung des praxis-individuellen RLV muss vielmehr darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht werden. Dabei wird es sich typischerweise um arztgruppenübergreifend erbrachte spezielle Leistungen handeln, die eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern. Deutliches Indiz für einen solchen speziellen Leistungs-bereich ist die entsprechende Ausweisung dieser Leistungen im EBM-Ä (BSG, Urteil vom 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#), Rdnr. 22). 3. Die Praxisbesonderheiten müssen die Behandlungsweise des Arztes zudem dauerhaft und nachhaltig prägen (Engelhard, in Hauck/Noftz, SGB V, EL 10/09, § 87b Rdnr. 51). Dies setzt vorbehaltlich einer anderweitigen gesamtvertraglichen Regelung in Anknüpfung an die Rechtsprechung des BSG zur Anerkennung eines Versorgungsschwerpunktes jeweils eine Überschreitung des Durchschnitts bzw. ein Anteil der Spezialleistungen von mindestens 20 % voraus (BSG, a.a.O., Rdnr. 23 m.w.N.). Um einerseits von einem dauerhaften Versorgungs-bedarf aus-gehen zu können, andererseits aber auch Schwankungen zwischen den Quartalen aufzufangen, ist nicht auf jedes einzelne Quartal abzustellen. Ausreichend ist, dass sich die Überschreitungen als Durch-schnittswert in einem Gesamtzeitraum von vier aufeinander folgenden Quartalen ergeben (BSG, a.a.O.). Diese für die Zeit vor dem 01.01.2009 ergangene Rechtsprechung kann - vorbehaltlich einer abweichenden Regelung durch die Gesamtvertragspartner - auch für die Zeit ab dem 01.01.2009 herangezogen werden, zumal der Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 selbst nicht näher konkretisiert, ab wann vom Vorliegen einer "besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung" auszugehen ist, sondern in quantitativer Hinsicht lediglich (zusätzlich) eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fachgruppenfallwerts von 30 % fordert. 4. Die Beurteilung, ob Praxisbesonderheiten vorliegen, unterliegt der uneingeschränkten gerichtlichen Nachprüfung. Der Beklagten steht insoweit kein - der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher - Beurteilungsspielraum zu. Die Beantwortung der Frage, ob die zu beurteilende Praxis eine für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung aufweist, hängt von ermittel- und feststellbaren Umständen wie der Struktur des Leistungsangebots dieser Praxis, der

Analyse der Abrechnungen in der Vergangenheit sowie einem Vergleich mit den entsprechenden Daten anderer Praxen ab. Ein Erkenntnis- oder Einschätzungsvorrang der KÄV, der eine Rücknahme der gerichtlichen Kontrolle der Rechtsanwendung legitimieren könnte, besteht insoweit nicht (vgl. dazu BSG, Urteil vom 06.09.2000 – [B 6 KA 40/99 R](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 26](#) sowie BSG, Urteile vom 29.06.2011, [a.a.O.](#)). 5. Vorliegend dürfte hinsichtlich des Bestehens der Spezialisierung des Klägers in Bezug auf die neuropädiatrischen Leistungen als solcher kein Zweifel bestehen. Ausweislich der von ihm und der Beklagten vorgelegten Anzahlstatistiken hat der Kläger z.B. die neuropädiatrische EBM-Nr. 04430 (Neuropädiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)), die zwar nicht zu den arztübergreifenden speziellen Gebührenordnungspositionen gehört, dafür aber zu den speziellen Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin (Abschnitt 4.4 EBM), im Quartal I/2008 in 19,41 % der Fälle und im Quartal I/2009 in 37,39 % der Fälle abgerechnet, wogegen die Fachgruppe diese Ziffer jeweils nur in etwa einem Prozent der Fälle abgerechnet hat. Die neuropädiatrischen Leistungen des Klägers machten ausweislich der von der Beklagten als Anlage B4 übersandten Übersicht (Bl. 100 d.A.) in den Quartalen IV/2007 bis I/2009 allerdings weniger als 20 % des Gesamtpunktzahlvolumens aus. Zwar rügt der Kläger insofern zutreffend, dass der 40 % - ige Zuschlag auf die Versichertenpauschale gemäß Ziff. 4.1.4 des EBM 2008 in die Berechnung hätte einbezogen werden müssen, da dieser Zuschlag gerade für die schwerpunktorientierte fachärztliche Behandlung gewährt wird und die aus dem Zuschlag resultierende Fallwerterhöhung auf der Spezialisierung beruht. Indes dürfte wohl auch unter Einbeziehung dieses Zuschlages der Anteil von 20 % des Gesamtpunktzahlvolumens nicht erreicht werden. Der Umstand, dass die neuropädiatrischen Leistungen den vom BSG festgelegten Anteil von 20 % am Gesamtpunktzahlvolumen nicht erreichen, führt indes vorliegend nicht zur Abweisung der Klage, weil es den Gesamtvertragspartnern im Rahmen ihrer Gestaltungsfreiheit grds. auch frei stünde, einen hiervon abweichenden Grenzwert festzulegen oder für die Quantifizierung der Praxisbesonderheiten einen grundsätzlich anderen Maßstab festzulegen. Die vom BSG aufgestellten Grundsätze würden nur dann zur Anwendung kommen, wenn die Gesamtvertragspartner in diesem Zusammenhang auf keine abweichende Regelung treffen würden. 6. Sollte die Prüfung der Abrechnungen des Klägers unter Zugrundelegung der noch zu vereinbarenden gesamtvertraglichen Regelung und der vorgenannten Grundsätze ergeben, dass eine besondere für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung im Bereich der neuropädiatrischen Leistungen vorliegt, ist nach Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 in einem zweiten Schritt zu prüfen, ob zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % vorliegt. a) Die in Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 geregelte Grenze von 30 % der Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe ist im Rahmen einer Anfangs- und Erprobungsregelung nicht zu beanstanden. Die Kammer folgt insofern der Entscheidung der 71. Kammer des SG Berlin vom 19.10.2011 – [S 71 KA 192/10](#). Dort wird ausgeführt: "Danach ist mit einem Wert von mindestens 30% die Grenze der Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten grundsätzlich festgelegt. Maßgeblich für die Vorgabe eines Grenzwertes in Höhe von 30% war, dass nicht jede Praxisbesonderheit zu einer Erhöhung des RLV führen sollte, sondern nur solche Praxisbesonderheiten, die sich tatsächlich in erheblichem Umfang auf den Fallwert auswirken. Die Kammer hat keine Bedenken dagegen, dass der Grenzwert zur Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe, ab dem Praxisbesonderheiten festgestellt werden können, sich im I. Quartal 2009 auf 30% - und nicht wie in den Folgequartalen auf 15% - belief. Mit seinem Beschluss zur Festsetzung der Untergrenze für Praxisbesonderheiten konkretisiert der Bewertungsausschuss die Regelung des [§ 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V](#), wonach bei der Festlegung von RLV Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind. Im Rahmen seines Gestaltungsspielraums legte er den Grenzwert zunächst in Höhe von 30% fest. Dies geschah im Sinne einer Anfangs- und Erprobungsregelung, die der Bewertungsausschuss in der Folgezeit im Rahmen seiner Beobachtungs- und Reaktionspflicht überprüft hat. Zur Neuregelung komplexer Materien wie der Leistungsbewertung steht dem Normgeber bei Anfangs- und Erprobungsregelungen ein besonders weiter Gestaltungsspielraum in Form von Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielräumen zu, weil sich häufig bei Erlass der maßgeblichen Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen lassen und deshalb auch gröbere Typisierungen und geringere Differenzierungen zunächst hingenommen werden müssen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 15](#) S. 60; BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 16](#) S. 66; [BSGE 88, 126, 137](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#) S. 157; [BSGE 97, 170, 175, 184](#) = [SozR 4-2500 § 87 Nr. 13](#) S. 88, 97; vgl. auch [BVerfGE 33, 171, 189](#)). Mit dieser relativ weiten Gestaltungsfreiheit bei Anfangs- und Erprobungsregelungen korrespondiert eine Beobachtungs- und gegebenenfalls Nachbesserungspflicht des Normgebers, wenn sich im Vollzug von ursprünglich gerechtfertigten Regelungen herausstellt, dass die die Norm legitimierenden Gründe weggefallen oder die Auswirkungen für einzelne Normadressaten unzumutbar geworden sind (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 15](#) S. 60 f. unter Hinweis auf BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 12](#) S. 80 f.; BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 16](#) S. 66; [BSGE 97, 170, 184](#) = [SozR 4-2500 § 87 Nr. 13](#) S. 97). Als Konsequenz aus seiner Überprüfung im Rahmen der vorstehend dargelegten Beobachtungs- und Reaktionspflicht hat der Bewertungsausschuss mit seinem Beschluss in der 218. Sitzung am 26. März 2010 zum Beschluss Teil F, Beschluss gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V mit Wirkung zum 1. Juli 2010 die Überschreitungsgrenze in Höhe von 30% aufgehoben. Eine einheitliche Vorgabe zur Definition von Praxisbesonderheiten in Höhe einer Überschreitungsgrenze für den durchschnittlichen Fallwert einer Arztgruppe hatte sich aus den unterschiedlichen Sichtweisen der regionalen Gesamtvertragspartner nicht bewährt. Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen in den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen ergab sich die Notwendigkeit von individualisierten und flexiblen Regelungen für die Gewährung von Praxisbesonderheiten. Nachdem die RLV für das 1. Quartal 2009 bundesweit zugewiesen worden waren, stellte sich bei der Umsetzung der Rahmenvorgaben durch die Partner der Gesamtverträge heraus, dass zwischen den Arztgruppen zum Teil große Umverteilungen durchgeführt werden mussten. Dies resultierte insbesondere daraus, dass bis zum 31. Dezember 2008 in den KV-Bezirken sehr unterschiedliche Honorarverteilungssysteme galten, die nun an die bundesweite Rahmenvorgabe anzupassen waren. Hierdurch entstanden in einigen Arztpraxen überproportionale Honorarverluste, die es aufzuhalten galt, damit die Sicherung der flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung durch Praxisschließungen nicht gefährdet werden würde. Aus diesem Grund hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung ab dem 1. April 2009 und zeitlich begrenzt eine sogenannte "Konvergenzphase" für die Steuerung der Auswirkung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, insbesondere Teil F "Beschluss gemäß [§ 87 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V" beschlossen. Im Rahmen dieser Konvergenzphase legte der Bewertungsausschuss unter Nr. 4 fest: Die Partner der Gesamtverträge können aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abweichend vom Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2009, Beschluss Teil F, 3.6. zur Vorgabe eines Grenzwertes zur Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe in Höhe von mindestens 30% im Einzelfall eine Praxisbesonderheit feststellen, obwohl die so vorgegebene Überschreitung nicht vorliegt. Im Sinne einer Flexibilisierung der Maßnahmen zur Vermeidung von Praxisschließungen sollte der Bewertungsausschuss im Rahmen der zeitlich begrenzten Konvergenzphase den Partnern der Gesamtverträge die Möglichkeit schaffen, Honorarverluste zu vermeiden, indem Praxen, die nicht die 30%-Überschreitungsgrenze erreichen, bereits über Praxisbesonderheiten Stützungen zur Verfügung gestellt werden. Hierbei hat der Bewertungsausschuss keine neue Grenze vorgegeben. Nach alledem hat die im hier streitgegenständlichen Quartal I/2009 festgelegte Grenze für eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe zur

Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des BSG zur Anfangs- und Erprobungsregelung Bestand." Die Kammer folgt diesen Ausführungen nach eigener Prüfung aus den von der 71. Kammer zutreffend dargelegten Gründen und sieht zur Vermeidung von Wiederholungen von einer weiteren Begründung ab. Ergänzend ist zu dem Hinweis des Klägers auf die vom BSG entwickelte 15 % - Grenze bezüglich Honorarstützungen bei einzelnen Arztgruppen (vgl. u.a. BSG, Beschluss vom 23.05.2007 - [B 6 KA 27/06 B](#), juris) darauf hinzuweisen, dass diese Rechtsprechung auf die Frage, wann Praxisbesonderheiten anzuerkennen sind, nicht übertragbar ist. Die Rechtsprechung des BSG betrifft nämlich die Frage, ab wann eine flächendeckend unzureichende Vergütung einer gesamten Arztgruppe vorliegt. Vorliegend geht es aber um die Frage, ab welchem Umfang Praxisbesonderheiten einer einzelnen Praxis anzuerkennen sind. Beide Fragen sind nicht miteinander vergleichbar. Überdies stellt ein hoher Punktwert infolge Praxisbesonderheiten nach der Rechtsprechung des BSG keineswegs auch einen notwendigerweise ausgleichenden Härtefall dar (vgl. BSG, Urteil vom 29.06.11 - [B 6 KA 20/10 R](#); Engelhard, in Hauck/Noftz, SGB V, § 85 Rdnr. 257f. m.w.N.). b) Hinsichtlich der seitens der Beklagten regelhaft praktizierten und auch in der Klageerwiderung herangezogenen Berücksichtigung der Fallzahlentwicklung in der Zeit der Geltung der Individualbudgets im Rahmen der Kausalitätsprüfung wird auf Folgendes hingewiesen: Der Beklagten ist zwar zuzugeben, dass es einer eingehenden Prüfung des ersten Schrittes (Vorliegen von Praxisbesonderheiten) nicht bedürfte, wenn feststünde, dass keine Fallwertüberschreitung von 30 % vorliegt oder aber die Fallwertüberschreitung nicht kausal auf die Praxisbesonderheiten zurückzuführen ist. Von diesen beiden Voraussetzungen lässt sich jedoch nur die erste (Fallwertüberschreitung von 30 %) ohne weitere (Abrechnungs-)Prüfung feststellen. Insofern ist es zweifellos auch sachgerecht, diese Prüfung zur Vermeidung unnötigen Ermittlungsaufwandes stets vorzuziehen. Dagegen lässt sich bei Vorliegen einer Fallwertüberschreitung von mindestens 30 % die Frage der Kausalität zwischen Praxisbesonderheiten und Fallwertüberschreitung ohne eine Prüfung der abgerechneten Leistungen grds. nicht klären. Nur wenn geklärt ist, ob und ggf. welche Praxisbesonderheiten in Betracht kommen, kann anhand der Abrechnungsdaten geprüft werden, ob diese Praxisbesonderheiten oder aber andere Umstände (insbesondere eine unwirtschaftliche Leistungserbringung) für den erhöhten Fallwert verantwortlich sind. Der von der Beklagten insofern herangezogene Fallzahlvergleich zwischen den Quartalen III/2002 bis II/2003 gegenüber dem Quartal I/2008 bzw. - vorliegend - I/2007 ist kein geeignetes Kriterium, die Kausalität zwischen Praxisbesonderheiten und Fallwerterhöhung festzustellen oder auszuschließen. Zum einen kann es im Rahmen der Kausalitätsprüfung nur darauf ankommen, ob aktuell die geltend gemachten Praxisbesonderheiten kausal einen gegenüber der Arztgruppe erhöhten Fallwert bedingen. In diesem Rahmen sind die Fallzahlen der vergangenen Jahre grundsätzlich irrelevant. Sofern die Beklagte aus einem Fallzahlrückgang während der Geltung der Individualbudgets indiziell und ohne weitere Prüfung darauf schließt, dass die Fallwerterhöhung im Umfang dieses Fallzahlrückgangs allein ihren Grund in einer auf sonstigen Gründen beruhenden Fallzahlreduzierung hat, die nicht im Zusammenhang mit Praxisbesonderheiten stehen, überzeugt dies schon deshalb nicht, weil ein Fallzahlrückgang verschiedenste Gründe haben kann und auch nicht zwangsläufig mit einer Erhöhung des Fallwerts einhergehen muss. So kann der Fallzahlrückgang seine Ursache gerade auch in einer in den letzten Jahren zunehmend erfolgten Spezialisierung des Vertragsarztes haben. Insofern reicht es auch nicht aus, wenn die Beklagte sich darauf beschränkt zu prüfen, ob die Spezialisierung bereits vor Geltung der Individualbudgets bestand und die diesbezüglichen Leistungen seinerzeit bereits abgerechnet wurden. Hiermit kann nämlich nicht ausgeschlossen werden, ob z.B. die Spezialisierung weiter vorangetrieben wurde und dies ursächlich für den Fallzahlrückgang war. Ferner könnte es auch sein, dass sich unter Geltung der Individualbudgets auch die durchschnittlichen Fallzahlen der Arztgruppe insgesamt reduziert haben. Auch insoweit könnte der Fallzahlrückgang des einzelnen Arztes nicht einen gegenüber dem Arztgruppenschritt erhöhten Fallwert erklären. Nur auf diesen kommt es aber nach den Regelungen im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 an. Auch als Indiz im Rahmen der Kausalitätsprüfung könnte der Fallzahlrückgang allenfalls dann taugen, wenn mit diesem zugleich eine Erhöhung der unbudgetierten Fallwerte einhergegangen wäre. Und auch dann müsste noch geklärt werden, ob diese Fallwerterhöhung nicht auf einer zunehmenden Spezialisierung beruht und ob sich nicht der durchschnittliche Fallwert der Arztgruppe in demselben Zeitraum auch erhöht hat. Dies wiederum würde eine Prüfung der Abrechnung des Arztes dahingehend voraussetzen, ob er die im Rahmen der (behaupteten) Spezialisierung erbrachten Leistungen im Verhältnis zu den arztgruppentypischen Leistungen vermehrt abgerechnet hat. Die Beklagte prüft indes regelhaft weder, ob mit dem Fallzahlrückgang während der Geltung der Individualbudgets auch eine Erhöhung des unbudgetierten Fallwertes einherging und ob ggf. diese Fallwerterhöhung ihre Ursache in der vermehrten Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Spezialisierung hatte. Ohne diese Ermittlungen ist allein der Fallzahlrückgang für eine Aussage über die Kausalität zwischen Fallwertüberschreitung und Praxisbesonderheiten schlicht untauglich, stellt jedenfalls aber keine belastbare (alleinige) Entscheidungsgrundlage dar. c) Vielmehr ist entsprechend dem Wortlaut von Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 anhand der Abrechnung des einzelnen Arztes zu prüfen, welche Leistungen auf der Grundlage der besonderen Spezialisierung im Vergleich zur Arztgruppe überdurchschnittlich oft erbracht werden und medizinisch nachvollziehbar zu erbringen sind und wie sich diese auf den Fallwert auswirken. Insofern sind im Rahmen der Kausalitätsprüfung die Abrechnungsdaten daraufhin zu überprüfen, ob und in welchem Umfang sich die im Rahmen der festgestellten Spezialisierung erbrachten Leistungen auf den durchschnittlichen Fallwert auswirken, d.h. ob diese Leistungen zur Erhöhung des Fallwerts führen oder ob andere Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit den Praxisbesonderheiten stehen, sondern arztgruppentypisch sind, im Vergleich zur Arztgruppe überdurchschnittlich oft erbracht wurden und sich fallwerterhöhend auswirken. Vorliegend dürfte diese Prüfung keine größeren Probleme bereiten, da im pädiatrischen Bereich ein großer Teil der fachgruppentypischen Leistungen bereits über die Versichertenpauschalen abgedeckt ist, so dass es nahe liegen dürfte, dass die von dem Kläger im Rahmen seiner Spezialisierung erbrachten und gesondert abrechenbaren neuropädiatrischen Leistungen (insbesondere EBM-Nrn. 04430-04433) sowie der Zuschlag auf die Versichertenpauschale (Vorbem. 4.1.4 EBM) sich im Verhältnis zu den arztgruppentypischen Leistungen auch entsprechend den Punktzahlen fallwerterhöhend auswirken. d) Welche Fallwerte dem Vergleich mit der Fachgruppe zu Grunde zu legen sind, ist mangels ausreichender Präzisierung im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses auf gesamtvertraglicher Ebene zu konkretisieren (Engelhard, in Hauck/Noftz, SGB V, EL 10/09, § 87b Rdnr. 53). Insbesondere besteht die Möglichkeit, entweder sämtliche Leistungen zu Grunde zu legen oder aber nur die RLV-relevanten Leistungen (Engelhard, a.a.O.). Da es um die Ermittlungen des Umfangs des Behandlungsbedarfs je Behandlungsfall im Vergleich zur Fachgruppe geht, sind jedoch sowohl auf Seiten des zu beurteilenden Arztes als auch auf Seiten der Fachgruppe die unbudgetierten Fallwerte zu Grunde zu legen, d.h. die Fallwerte der abgerechneten Leistungen vor der RLV-Abstufung bzw. (für die Zeit vor dem 01.01.2009) vor der Individualbudgetierung. Für die vorliegende Konstellation würde aus der Zugrundelegung des individuellen Auszahlungspunktwertes (Punktwert des Arztes nach Individualbudgetierung) z.B. folgen, dass bei gleichem prozentualen Anteil spezialisierter Leistungen etwa ein neuropädiatrisch tätiger Pädiater mit geringer Fallzahl und Nichtausschöpfung des Individualbudgets im Quartal I/2008 einen deutlich höheren Fallwert hätte als ein neuropädiatrisch tätiger Pädiater mit hoher Fallzahl und deutlicher Überschreitung seines Individualbudgets im Quartal I/2008 (vgl. hierzu etwa den Vergleich des vorliegenden Sachverhalts mit demjenigen des am heutigen Tage verhandelten Parallelverfahrens [S 83 KA 159/10](#)). Allein die hohe Fallzahl des Letzteren im Bemessungsquartal I/2008 würde bei Berücksichtigung der Individualbudgetierung bei identischem Leistungsspektrum und identischem durchschnittlichen unbudgetierten Fallwert zu völlig unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich der Anerkennung von Praxisbesonderheiten führen. Dass dies nicht der Regelung in Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 entspräche, wonach die

auf den Praxisbesonderheiten beruhende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwerts zu ermitteln ist, liegt auf der Hand. Es ist daher bei dem Vergleich des betreffenden Arztes mit der Fachgruppe ein identischer Punktwert (z.B. der IB-Zielpunktwert von 4,15 Cent) zu Grunde zu legen bzw. es kann auch ein prozentualer Vergleich der durchschnittlichen Punktzahl pro Fall vorgenommen werden, der zu demselben Ergebnis führt. Der danach ermittelte Fallwert ist mit dem korrespondierenden Fallwert der Arztgruppe zu vergleichen, d.h. etwa bei Zugrundelegung des unbudgetierten Fallwerts der RLV-relevanten Leistungen des betreffenden Arztes im Bemessungsquartal I/2008 mit dem durchschnittlichen unbudgetierten Fallwert der RLV-relevanten Leistungen der Fachgruppe im Quartal I/2008. Nur so kann der für die Ermittlung der Praxisbesonderheiten erforderliche Vergleich der zu beurteilenden Praxis mit der Fachgruppe aussagekräftig erfolgen. Entgegen der Praxis der Beklagten kann insbesondere nicht auf den gemäß Ziffer 4 der Anlage 2 zu Beschlusstil F des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 und Anlagen 1 und 2 zum HVV in der Fassung des Beschlusses des Landesschiedsamtes vom 21.11.2008 ermittelten RLV-Fallwert abgestellt werden, der in Abhängigkeit von der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsmenge ermittelt wird, sondern entsprechend dem Wortlaut von Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2007 nur auf den durchschnittlichen Fallwert der von der Arztgruppe abgerechneten Leistungen, da nur die Abweichung von diesem das tatsächliche Abrechnungsvolumen der Ärzte widerspiegelnden Fallwert eine zuverlässige Quantifizierung der im Vergleich zur Arztgruppe bestehenden Praxisbesonderheiten zulässt. Die von der Beklagten in dem Schriftsatz vom 10.11.2011 vorgenommene Berechnung, wonach das RLV-relevante Gesamthonorarvolumen der Arztgruppe durch die Gesamtfallzahl dividiert wird, berücksichtigt – soweit ersichtlich – die Individualbudgetierung und führt damit zu einer Verzerrung des Leistungsbildes bezogen auf den einzelnen Behandlungsfall und ist folglich für den Fallwertvergleich ebenfalls ungeeignet. Es ist daher z.B. das Gesamtpunktzahlvolumen der RLV-relevanten Leistungen mit dem auch bei dem einzelnen Arzt zu Grunde gelegten Punktwert (z.B. IB-Zielpunktwert von 4,15 Cent) zu multiplizieren und dieser Wert ist durch die Gesamtfallzahl zu dividieren. Alternativ kann auch – wie bereits dargelegt – lediglich ein Vergleich der durchschnittlichen Punktzahl pro Fall des zu beurteilenden Arztes einerseits und der Arztgruppe andererseits erfolgen. e) In zeitlicher Hinsicht ist – entgegen der Ansicht des Klägers – bei der Prüfung der Fallwertüberschreitung vorbehaltlich einer anderweitigen ausdrücklichen Regelung im HVV in Anlehnung an die Regelung zur Ermittlung der arztindividuellen Fallzahlen (§ 6 Abs. 2 Satz 2 HVV 2009) auf das jeweils entsprechende Vorjahresquartal abzustellen. Insofern ist zu berücksichtigen, dass das RLV nach § 5 Abs. 1 HVV 2009 für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt wird und wegen der vom Gesetzgeber bezweckten Kalkulationssicherheit jeweils vor Beginn des Abrechnungsquartals mitzuteilen ist (§ 87b Abs. 5 Satz 1, 2. HS SGB V). Die im Rahmen der Regelungen über das RLV geregelten Praxisbesonderheiten (§ 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V) sind als Bestandteil des RLV anzusehen, was dafür spricht, dass diese grundsätzlich ebenfalls im Voraus vor dem Beginn des Abrechnungsquartals mitzuteilen sind. Dafür spricht auch Ziffer 5 der Anlage 2 Beschlusstil F des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008, wonach das ermittelte RLV je Arzt gegebenenfalls entsprechend den nach Ziffer 3.6 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen ist, was ebenfalls eine Berechenbarkeit der Praxisbesonderheiten im Zeitpunkt der Zuweisung des RLV voraussetzt. Da somit die Praxisbesonderheiten jeweils im Voraus vor dem betreffenden Abrechnungsquartal zu ermitteln sind, ist für die in diesem Zusammenhang vorzunehmende Abrechnungsprüfung bzw. den Fallwertvergleich zwischen dem betreffenden Arzt und dem Arztgruppendurchschnitt in entsprechender Anwendung der Regelung in § 6 Abs. 2 Satz 2 HVV 2009 betreffend die Ermittlung der dem RLV zu Grunde zu legenden Fallzahl auf das entsprechende Vorjahresquartal abzustellen. Der danach für das streitbefangene Quartal I/2009 vorzunehmende Vergleich der Fallwerte des Klägers aus dem entsprechenden Abrechnungsquartal des Vorjahres (I/2008) bezüglich der (unbudgetierten) RLV-relevanten Leistungen mit dem entsprechenden durchschnittlichen (unbudgetierten) Fallwert der Arztgruppe ist der Kammer nicht möglich. Die Beklagte hat zwar den Fallwert des Klägers bezüglich der RLV-relevanten Leistungen für das Quartal I/2008 mitgeteilt (40,92 EUR). Der Berechnung dieses Fallwertes dürfte aber ausweislich der Ausführungen der Beklagten im Widerspruchsbescheid der individuelle Auszahlungspunktwert des Klägers (nach Individualbudgetierung) zu Grunde gelegt worden sein und nicht ein einheitlicher und fallzahlunabhängiger Punktwert, der einen Vergleich des Leistungsspektrums mit dem der Fachgruppe ermöglicht. Überdies hat die Beklagte den individuellen Fallwert des Klägers im Quartal I/2008 nicht mit dem durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe im Quartal I/2008 verglichen, sondern mit dem RLV-Fallwert für das Quartal I/2009. Und auch im Schriftsatz vom 18.11.2011 hat die Beklagte letztlich den budgetierten Fallwert der Arztgruppe mitgeteilt, wenn sie die Gesamt-Honorarsumme durch die Gesamtfallzahl der RLV-relevanten Leistungen teilt. Die Beklagte wird insofern den durchschnittlichen unbudgetierten Fallwert der Fachgruppe und des Klägers für das Quartal I/2008 zu ermitteln und gegenüberzustellen haben. 7. Sollte nach den vorgenannten Voraussetzungen von Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses das Vorliegen von Praxisbesonderheiten zu bejahen sein, würde sich das weitere Verfahren der Anerkennung nach den für das Quartal I/2009 noch zu treffenden gesamtvertraglichen Regelungen richten. Insofern wäre es grds. auch nicht zu beanstanden, wenn der Beklagten – wie in § 5 Abs. 9 Satz 1 des HVV i.d.F. der 1. Änderungsvereinbarung vom 31.03.2009 – ein Ermessen hinsichtlich der Art und Weise und des Umfangs (nicht aber hinsichtlich des "Ob", vgl. Engelhard, in Hauck/Noftz, SGB V, EL 10/09, § 87b Rdnr. 51; vgl. auch BSG, Urteil vom 29.06.2011 – [B 6 KA 17/10 R](#), Rdnr. 26) der Anerkennung der Praxisbesonderheiten eingeräumt wird, das sie unter Berücksichtigung des Zwecks der Regelung pflichtgemäß auszuüben hat. Im Rahmen der Ermessensausübung wäre es nach Auffassung der Kammer noch vertretbar, wenn die Beklagte aus Gründen der Gleichbehandlung mit denjenigen Ärzten, deren auf Praxisbesonderheiten beruhende Fallwertüberschreitung den Grenzwert von 30 % nicht erreicht, grundsätzlich nur die den Grenzwert von 30 % überschreitende Fallwertüberschreitung anerkennt. Eine Verpflichtung, bei Vorliegen von Praxisbesonderheiten diese in dem Sinne vollständig anzuerkennen, dass sämtliche Leistungen voll vergütet werden, besteht nicht. Der Zweck des Regelleistungsvolumens, die Menge der erbrachten Leistungen zu steuern, betrifft grds. auch die spezialisierten Leistungen. Durch die Anerkennung der Praxisbesonderheiten soll lediglich eine durch Zugrundelegung des arztgruppeneinheitlichen Fallwerts sachlich nicht als gerechtfertigt angesehene Gleichbehandlung ungleicher Sachverhalte vermieden werden. Dementsprechend kann die durch die Praxisbesonderheiten bedingte Erweiterung des Regelleistungsvolumens ihre Grenze dort finden, wo eine Ungleichbehandlung bzw. eine Gleichbehandlung wesentlich ungleicher Sachverhalte nicht mehr gegeben ist (vgl. Hessisches LSG, Urteil vom 17.03.2010 – [L 4 KA 17/09](#), juris Rdnr. 50; BSG, Urteil vom 22.06.2005, [B 6 KA 80/03](#), juris Rdnr. 44 f.). Die Beklagte war nach alledem zur Neubescheidung des Antrages auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu verpflichten. Da die Rechtsauffassung des Gerichts erheblich von derjenigen des Klägers abweicht und offen ist, ob und ggf. in welchem Umfang unter Berücksichtigung der vorstehenden Ausführungen schlussendlich eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten erfolgt, war die Klage im Übrigen abzuweisen. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. § 155 Abs. 1 Satz 1 VwGO. Der Kläger begehrte ausweislich seiner eigenen Ausführungen (Schreiben vom 21.02.2009, Bl. 14 der Verwaltungsakten), auf die er im Klageverfahren Bezug genommen hat (Schriftsatz vom 15.12.2010, Bl. 34 der Verwaltungsakten) eine Erhöhung seines RLV unter Zugrundelegung eines Fallwertes von 42,00 EUR. Ob er dieses Ziel im Rahmen der unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts vorzunehmenden Neubescheidung erreichen wird, erscheint zweifelhaft. Vielmehr erscheint offen, ob und ggf. in welchem Umfang der Kläger in diesem Rahmen schlussendlich eine Erhöhung seines RLV erreichen wird. Angesichts der danach offenen Erfolgsaussichten des Antrages erscheint eine hälftige Teilung der Verfahrenskosten angemessen.

Rechtskraft

Aus
Login
BRB
Saved
2012-02-15