

S 12 KA 341/08

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 341/08
Datum
16.09.2009
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 93/09
Datum
22.12.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Der Auffüllbetrag nach Ziffer 7.5 HVV muss nicht die 95 %-Grenze erreichen.

Leistungen der Schmerztherapie nach Nr. 30700 und 30701 EBM 2005 unterliegen ebF. einem Vorwegabzugs für den Honorarbereich C (Notdienst) und die Erweiterte Honorarverteilung.

1. Unter Aufhebung der Honorarbescheide für die Quartale II/05 bis II/06 und IV/06, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.06.2008, wird die Beklagte verurteilt, die Klägerin über ihren Honoraranspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Die Klägerin hat 9/10 der Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat 1/10 der Gerichtskosten und der notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu tragen. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die sechs Quartale II/05 bis II/06 und IV/06 und hierbei insbesondere auch um den Punktwert für die Leistungen der Schmerztherapie nach Nr. 30700 und 30701 EBM 2005 aufgrund eines Vorwegabzugs für den Honorarbereich C (Notdienst) und die Erweiterte Honorarverteilung sowie um die Höhe des Auffüllbetrags nach Ziffer 7.5 HVV.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Anästhesiologie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxisstz in A-Stadt zugelassen.

In den nicht streitbefangenen Quartalen I/04 bis I/05 setzte die Beklagte das Honorar jeweils durch Honorarbescheid wie folgt fest.

I/04 II/04 III/04 IV/04 I/05
Honorarbescheid vom 05.08.2004 09.10.2004 06.02.2005 18.04.2005 26.07.2005
Nettohonorar gesamt in EUR 47.865,50 47.829,40 44.173,67 49.657,12 42.722,30
Bruttohonorar PK + EK in EUR 48.898,32 49.021,63 44.163,33 50.457,35 43.437,42
Fallzahl PK + EK 333 348 340 371 355
Punktwert Individualbudget
oberer PW PK und EK 3,346 3,757 3,362 3,651 2,911 3,142 3,159 3,538 2,964 3,497

Die Widersprüche gegen die Honorarbescheide für die Quartale III/06 und III/07 wurden wegen Fristversäumnis als unzulässig, inzwischen bestandskräftig, zurückgewiesen. Die Widersprüche gegen die Honorarbescheide für die Quartale I, II und IV/07 wurden von der Beklagten ausgesetzt. Ferner sind Widersprüche gegen die Quartale I bis III/08 anhängig.

In den streitbefangenen Quartalen sowie in den Quartalen III/06 und I/07 setzte die Beklagte das Honorar jeweils durch Honorarbescheid fest. Sie ersetzte die Honorarbescheide für die Quartale II und IV/05 aufgrund abrechnungstechnischer Probleme bzw. nachträglicher Vereinbarungen. Gegen die Honorarbescheide legte die Klägerin Widerspruch ein. Die Festsetzung im Einzelnen und die Daten der Widerspruchseinlegung ergeben sich aus nachfolgender Übersicht:

II/05 III/05 IV/05 I/06
Honorarbescheid vom 29.06.2006 22.01.2006 12.08.2006 06.08.2007 28.11.2006 20.01.2007
Widerspruch eingelegt am 09.02.2006 15.11.2006 09.03.2007 05.04.2007

Nettohonorar gesamt in EUR 45.922,12 46.147,99 36.947,78 36.894,14 36.792,01 29.540,30
Bruttohonorar PK + EK in EUR 46.511,08 46.742,57 37.433,88 37.670,65 37.565,39 30.423,88
Nachvergütung in EUR AOK Hessen
BKK (Bescheid v. 28.09.2007 1.005,36 417,72 2.011,80 718,50 2.361,88 689,60 2.021,00 537,50
Fallzahl PK + EK 349 325 318 303
Punktwert RLV Allg. Leistungen oberer PW
PK und EK 2,997 3,422 2,862 3,496 3.062 3,429 2,224 2,930
Punktwert Nr. 30700 BKK
AOK LKK/IKK Ersatzkassen 5,077 4,677 5,077 4,716 4,681 4,681 5,081 4,718 4,678 4,678 5,077 4,717 4,695 4,695 5,095 4,736
Punktwert Nr. 30701 BKK
AOK LKK/IKK Ersatzkassen 6,276 4,677 6,276 4,716 4,681 4,681 6,281 4,718 4,678 4,678 6,276 4,717

Fallzahlabhängige Quotierung Ziff. 5.2.1 HVV - - - -

Regelleistungsvolumen Ziff. 6.3 HVV
Praxisbezogenes RLV in Punkten 560.349,6 521.267,5 510.549,0 485.466,6
Überschreitung in Punkten 116,9 0,0 0,0 0,0

Ausgleichsregelung Ziff. 7.5 HVV
Referenz-Fallzahl 348 340 371
Referenz-Fallwert EUR 139,7513 128,5479 134,1546
Aktueller Fallwert EUR 100,7861 84,5202 91,2795
Auffüllbetrag je Fall EUR 31,9776 29,6604 25,9587
Auffüllbetrag gesamt in EUR 11.128,20 9.639,64 8.254,88 8.087,85-
- Berechnungen der Kammer

II/06 III/06 IV/06 I/07
Honorarbescheid vom 05.02.2007 17.03.2007 18.04.2007 08.03.2008
Widerspruch eingelegt am 11.04.2007 27.06.2007
Nettohonorar gesamt in EUR 32.261,60 33.007,45 31.436,47 25.884,86
Bruttohonorar PK + EK in EUR 33.024,80 33.849,63 32.393,41 26.533,93
Nachvergütung in EUR AOK Hessen
BKK (Bescheid v. 28.09.2007 2.851,14 834,48 3.352,70 1.495,82
Fallzahl PK + EK 281 308 295 300
Punktwert RLV Allg. Leistungen oberer PW
PK und EK 3,635 3,669 3,442 3,701 3,095 3,700 3,327
Punktwert Nr. 30700 BKK
AOK LKK/IKK Ersatzkassen 4,644 4,644 5,041 4,687 4,686 4,686 5,086 4,728 4,685 4,685 6,286 4,727 4,698 4,698 4,698 4,741
Punktwert Nr. 30701 BKK
AOK LKK/IKK Ersatzkassen 4,644 4,644 6,230 4,687 4,686 4,686 6,288 4,728 4,685 4,685 5,085 4,727 4,698 4,698 4,698 4,741

Fallzahlabhängige Quotierung Ziff. 5.2.1 HVV - - - -

Regelleistungsvolumen Ziff. 6.3 HVV
Praxisbezogenes RLV in Punkten 449.881,0 493.262,0 471.380,5 480.540,0
Überschreitung in Punkten 0,0 0,0 0,0 0,0

Ausgleichsregelung Ziff. 7.5 HVV
Referenz-Fallzahl 349 325 318 303
Referenz-Fallwert EUR 122,7036 114,1806 116,9072 99,2957
Aktueller Fallwert EUR 82,4423 88,1727 83,7366 74,3790
Auffüllbetrag je Fall EUR 34,1261 20,2989 24,6273 12,8756
Auffüllbetrag gesamt in EUR 9.589,43 6.252,06 7.265,05 3.862,67

Zur Begründung ihres Widerspruchs für das Quartal II/05 trug die Klägerin vor, der Honorarbescheid sei für den Arzt nicht mehr nachvollziehbar, so kompliziert sei er. Er sei unrichtig, da nach dem Honorarverteilungsvertrag die extrabudgetären Schmerztherapieziiffern 30700 und 30701 einen Punktwert von 5,11 Cent aufwiesen. Die Schmerztherapieziiffer 30700 sei bei der BKK mit 74,58 EUR angesetzt worden, ausgehandelt worden seien aber 81,81 EUR, die Schmerztherapie Ziff. 30701 werde mit 55,91 EUR anstatt der ausgehandelten 61,36 EUR angesetzt. Diese extrabudgetären Ziffern unterlägen nicht einer Budgetierung. Der neue EBM sei für die Schmerztherapeuten unakzeptabel und treibe sie in den finanziellen Ruin. Die Punkte seien viel zu niedrig angesetzt. Es sollte ein fester Punktwert eingeführt werden. Zudem sollten die Schmerztherapieziiffern in der Leistungslegende so abgeändert werden, dass sie wieder parallel einsetzbar seien. Es sollte eine Obergrenzung auf 300 Patienten/Arzt und Quartal entfallen. Die Ordinationsziiffern 05211/05212 seien viel zu niedrig angesetzt. Die Beratungsziffer 0220 sollte unabhängig von Leistungen des Kap. 30.7 umgesetzt werden können. Es fehlten Untersuchungsziffern und Ziffern bzw. Pauschalen für die Palliativmedizin. Auch könne die Ziff. 35300 (Testverfahren) nicht abgerechnet werden, weil Voraussetzung dafür die Zusatzbezeichnung Psychotherapie sei. Früher sei dies mit der Nr. 890 gegangen. Der Honorarverteilungsvertrag bilde ein zu geringes Regelleistungsvolumen ab. Bisher hätten sie im grünen Bereich M/F 1190 und R 1420 Punkte gehabt. Hinzu seien im gelben Bereich 865 bzw. 1035 Punkte gekommen. Das Regelleistungsvolumen sei für Anästhesisten völlig unzureichend. Dies führe zu hohen Verlusten bezüglich des budgetierten Honorars.

Für das Quartal III/05 trug die Klägerin ergänzend vor, der Fallwertverlust sei nicht auf 5 % begrenzt worden. Es könne auch nicht sein, dass ab dem Quartal II/06 nur noch der Fallwert des entsprechenden Vorquartals zugrunde gelegt werde. Dies bedeute dann nur noch einen

Ausgleich in Höhe von 9,7 % Verlust. Den Schmerztherapeuten sei zugesichert worden, dass sie höchstens einen Verlust von 5 % zu erwarten hätten. Durch die Fehler der Beklagten bezüglich der Feststellung der Honorarabrechnung seien ihr Mehrkosten in nicht überschaubarer Höhe entstanden. Eine betriebswirtschaftliche Kalkulation für ihre Praxis sei nicht mehr möglich. Der EHV-Beitrag sei ihr möglicherweise doppelt abgezogen worden. Diese Begründung wiederholte die Klägerin im Wesentlichen auch in den Folgequartalen.

Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben unter Datum vom 28.09.2007 mit, die Einführung des EBM 2005 habe insbesondere für die schmerztherapeutische Versorgung gravierende Konsequenzen. Gegenüber den bis zum Quartal I/05 gültigen hessenspezifischen Ziffern und deren Bewertungen (Nr. 8450 mit einer Bewertung in Höhe von 81,81 EUR bzw. Nr. 8451 mit einer Bewertung in Höhe von 61,36 EUR) sehe der EBM 2005 die Leistungen nach den Nrn. 30700 und 30701 EBM 2005 vor. Selbst bei einer Bewertung in Höhe von 5,11 Cent/Punkt ergebe sich eine Vergütung von 75,37 EUR bzw. 45,74 EUR. Zusätzlich sei die Nebeneinanderberechnung der Leistungen im Behandlungsfall durch den EBM ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund habe ihr Vorstand beschlossen, diese Leistungen in die sogen. Ausgleichsregelung gem. Ziff. 7.5 HVV einzubeziehen. Aufgrund der dennoch verbliebenen Honorarverluste habe sie im Rahmen der Honorarverhandlungen für die Jahre 2005 und 2006 im Bereich des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen und der AOK Hessen erreichen können, dass die Praxen, welche die Leistungen nach den Nrn. 30700 und 30701 EBM 2005 abrechneten und in den Quartalen II/05 bis IV/06 gegenüber den Quartalen des Jahres 2004 Honorarverluste im Rahmen der "Ausgleichsregelung" hätten verzeichnen müssen, weitere Honorarzahungen geleistet werden könnten. Konkret sehe diese Regelung vor, für die beiden schmerztherapeutischen Leistungen bestehende Honorarverluste vollständig zu begleichen. Grundlage für die Berechnung sei neben der Anzahl der schmerztherapeutischen Behandlungsfälle die im Rahmen der "Ausgleichsregelung" zugrunde gelegten Fallwerte in Euro. Die detaillierte Berechnung für die Praxis der Klägerin könne der Anlage entnommen werden. Hieraus ergebe sich ein Betrag in Höhe von 21.439,94 EUR. Diesen Betrag werde sie in den nächsten Tagen zur Zahlung anweisen.

Die Beklagte verband alle Widerspruchsverfahren und wies mit Widerspruchsbescheid vom 16.06.2008 die Widersprüche als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Honorarbescheide seien formell rechtmäßig, seien ausreichend begründet und genügten mithin den Anforderungen des [§ 35 Abs. 1 SGB X](#). Die Honorarbescheide seien auch materiell rechtmäßig. Sie verstießen nicht gegen den Grundsatz der Bestimmtheit, da sie jeweils eindeutig die Höhe des Brutto- und Nett Honorars bestimmten. Sie seien sachlich und rechnerisch richtig auf der Grundlage wirksamer Regelungen in Form der geltenden gebührenordnungs- und Honorarverteilungsbestimmungen erstellt. Sie sei an den EBM 2005 gebunden, der nicht offensichtlich rechtswidrig sei. Sie habe die Vorgaben des Bewertungsausschusses im Beschluss vom 13.05.2004 im Honorarverteilungsvertrag umgesetzt. Der EBM 2005 sehe vor, dass die Leistungen nach Ziff. 35300 EBM 2005 nur für Ärzte berechnungsfähig seien, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach den Psychotherapie-Vereinbarungen verfügten. Für das Regelleistungsvolumen sei für die Gruppe der Fachärzte für Anästhesiologie folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen festgelegt worden:

RLV-Fallpunktzahl

Primärkassen Ersatzkassen

Altersgruppe der Patienten in Jahren 0-5 6-59 -) 60 0-5 6-59 J60

Fallpunktzahl lt.HVV 1.616 1586 1548 2412 1600 1770

Lediglich im Quartal II/05 sei das Regelleistungsvolumen um 116,9 Punkte überschritten worden, die noch zu einem unteren Punktwert vergütet würden. Anhaltspunkte, insbesondere Gründe der Sicherstellung, die eine Sonderregelung rechtfertigen könnten, seien nicht ersichtlich. Richtig sei, dass die Schmerztherapie ziffern 30700 und 30701 EBM 2005 gemäß der Anlagen 1 und 2 zu Ziff. 7.1 HVV extrabudgetär, also abweichend von den allgemeinen Bestimmungen zur Honorierung mit einem Punktwert von 5,11 Cent vergütet würden. Allerdings dürfe nicht übersehen werden, dass noch eine Punktwertreduzierung zugunsten des Honorarbereichs C erfolgen müsse, wodurch sich ein geringerer Auszahlungswert ergebe. Soweit für das Quartal I/06 im Nachweis zur Ausgleichsregelung vermerkt sei, dass eine Teilnahme an der Ausgleichsregelung nicht stattfinde, da die Praxis zum Quartal I/05 noch nicht bestanden habe, sei hier irrtümlich eine falsche Kennziffer angesetzt worden. Die Ausgleichsregelung sei trotzdem korrekt berechnet worden. Aus der Arztrechnung für das Quartal I/06 sei ersichtlich, dass die Klägerin den korrekten Auffüllungsbetrag erhalten habe. Die Ausgleichsregelung sei in allen Quartalen korrekt umgesetzt worden. Aufgrund der Gefährdung der schmerztherapeutischen Versorgung in Hessen habe der Vorstand die Leistungen nach Ziffern 30700 und 30701 in die sog. Ausgleichsregelung einbezogen. Außerdem sei es zu einer Nachvergütung aufgrund einer Vereinbarung mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen und der AOK Hessen gekommen. Der Honorarverlust bei schmerztherapeutischen Leistungen sei durch diese Nachzahlung ausgeglichen worden. Der Bewertungsausschuss habe selbst beschlossen, dass der Punktwert von 5,11 Cent nicht zum Ansatz komme. Aufgrund der vereinbarten Gesamtvergütung habe ein solcher Punktwert auch nicht verteilt werden können. Der Abzug für die EHV sei nicht zu beanstanden. Er beruhe auf satzungrechtlicher Grundlage, die wiederum eine ausreichende gesetzliche Ermächtigungsgrundlage habe. Die Beitragshöhe knüpfe an die Honorarhöhe und damit an den Umsatz des jeweiligen Vertragsarztes an. Dies sei eine rechtmäßige Gestaltung.

Hiergegen hat die Klägerin am 22.07.2008 die Klage erhoben. Sie wendet sich noch gegen die Quotierung von Leistungen im Rahmen des Vorwegabzugs und die unzureichende Anwendung der Ausgleichsregelung gem. Ziff. 7.5 HVV. Sie ist der Auffassung, eine Punktwertreduzierung (im Wege einer Quotierung) habe keine rechtliche Grundlage, so lange es sich um Leistungen handele, deren Vergütung im Wege des Vorwegabzugs vorzunehmen sei. Das System des § 7 HVV sehe einen Vorwegabzug in Ziff. 7.1 vor und bezeichne den Restbetrag in Ziff. 7.2 als "Verteilungsbetrag". Allein der Verteilungsbetrag unterliege gem. Ziff. 7.4 einer Quotierung. Für eine Quotierung des Vorwegabzugs sei hingegen kein Raum. Auch in Ziff. 2.3 der Anlage 1 zu Ziff. 7.2 HVV werde ausdrücklich auf den Verteilungsbetrag abgestellt. Im Rahmen der Ausgleichsregelung gem. Ziff. 7.5 HVV halte die Beklagte nicht den maximalen Veränderungsrahmen von minus 5 % ein. Eine Abweichung von diesem Veränderungsrahmen durch eine zusätzliche Quotierung der Punktwerte verstoße gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, mithin gegen [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) und sei auch mit dem Sinn eines maximalen Veränderungsrahmens nicht vereinbar. Tatsächlich sei im Quartal III/05 eine Auffüllung bis zur Grenze von minus 11,18 % erfolgt. Der Fallwert hätte auf 122,05 EUR aufgefüllt werden müssen, fallbezogen um 37,6003 EUR. Im Quartal IV/05 sei nur bis zur Grenze von minus 12,61 % aufgefüllt worden, es hätte jedoch bis zum Fallwert von 127,4469 EUR bzw. fallbezogen um 36,1674 EUR aufgefüllt werden müssen. Im Quartal III/06 sei zwar rechnerisch der maximale Veränderungsrahmen von minus 5 % eingehalten worden. Es sei jedoch ein falscher Referenzfallwert zugrunde gelegt worden. Die Auffüllung hätte jedoch bis zu einem Fallwert von 126,0384 EUR erfolgen müssen und fallbezogen um 43,5961 EUR. Im Quartal IV/06 sei der Bescheid abgeändert worden, so dass sich auch eine Änderung der Ausgangsdaten dahingehend ergeben habe, dass nunmehr ein Ausgangswert von 37.670,65 EUR anstelle der zunächst angesetzten

37.565,39 EUR als Honoraranspruch maßgeblich sei. Hieraus ergebe sich ein Referenzfallwert von 117,2382 EUR. Schon hieraus folge ein Anspruch auf Korrektur der Ausgleichsregelung. Darüber hinaus sei statt eines Abzugs von minus 5 % hier ein Abzug von minus 7,31 % vorgenommen worden. Aufgrund des richtigen Referenzfallwertes von 117,2382 EUR hätte die Auffüllung bis zu einem Fallwert von 111,3763 EUR erfolgen müssen bzw. fallbezogen um 27,6397 EUR. Die Schiedssprüche hätten keine Auswirkung auf die schmerztherapeutische Vergütung. Es bleibe bei den in Anlage 1 und 2 zu Ziffer 7.2 HVV festgelegten Werten.

Die Klägerin beantragt,
unter Aufhebung der Honorarbescheide für die Quartale II/05 bis II/06 und IV/06, alle in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.06.2008, die Beklagte zu verurteilen, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und nochmals auf die Nachvergütungen für die schmerztherapeutischen Leistungen. Weiter führt sie aus, Grundlage für die extrabudgetäre Vergütung der schmerztherapeutischen Leistungen nach Nr. 30700 und 30701 EBM 2005 sei eine Entscheidung des Landesschiedsamtes gewesen, dass für die vertragsärztliche Versorgung für die Vergütung des Jahres 2005 festgesetzt habe, dass die Leistungen der Schmerztherapie nach EBM 2005 zukünftig extrabudgetär mit einem Punktwert von 5,11 Cent zu vergüten seien. Dies bedeute, dass die Leistungen ohne Mengengrenzungen vergütet würden. Sie gingen also nicht in das Regelleistungsvolumen nach Ziff. 6.3 HVV ein. Entsprechend habe sie diesen Punktwert als Brutto-Punktwert in den streitgegenständlichen Quartalen angesetzt. Hiervon sei lediglich der jeweilige Notdienstfaktor noch in Abzug zu bringen gewesen. Dadurch habe sich z.B. im Quartal II/05 im Bereich der AOK ein Punktwert von 4,939 Cent und im Bereich der Ersatzkassen von 4,980 Cent ergeben. Abzüglich der EHV-Quote habe sich ein Punktwert von 4,677 Cent bzw. 4,716 Cent ergeben. Auch Ziff. 2.3 der Anlage 1 der Ziff. 7.2 HVV sehe vor, dass die für die Bewertung notwendigen Honoraranteile des fachübergreifenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes (Notdienst) und Leistungen im Notdienst durch Quotierung aller nach diesem Honorarverteilungsvertrag festgestellten Punktwerte und Quoten (ausgenommen Mindestpunktwerte) zur Verfügung gestellt würden. Wegen der Gefährdung der schmerztherapeutischen Leistungen, was sie nicht verkannt habe, habe sie diese Leistungen in die Ausgleichsregelung gem. Ziff. 7.5 HVV einbezogen. Im Bereich der BKK, IKK und LKK seien die Leistungen im Quartal II/05 mit 81,81 EUR bzw. 61,36 EUR zu bewerten gewesen. Dies habe sie mit den Brutto-Quoten von 55,46 bzw. 68,56 umgesetzt. Im Bereich der IKK und LKK hätte diese Regelung auch in den Folgequartalen gegolten. Im Bereich der BKK seien ab dem Quartal III/05 die Leistungen ebf. mit einem Punktwert von 5,11 Ct. zu vergüten gewesen. Es habe hier keine Vereinbarung bzgl. einer Nebeneinandervergütung gegeben. Eine solche Vereinbarung würde auch dem EBM widersprechen. Die Nachvergütung im Quartal II/05 habe nur die 95 Fälle der AOK Hessen betroffen. Ein Fall der AOK Bayern sei daher nicht einbezogen worden. Die Nr. 30701 sei im Quartal II/05 nur 23x vom Regelwerk gestrichen worden, bezogen auf alle Kassen, da eine Nebeneinandervergütung nicht möglich sei. Im Quartal III/05 sei die Leistung nur 5x, nicht 19x gestrichen worden. Im Quartal IV/05 sei keine Streichung wegen eines geänderten Abrechnungsverhaltens der Klägerin erfolgt. Im Quartal I/06 sei bei der Nachvergütung ein Fall der AOK Main-Tauber Kreis ausgeschlossen worden. Eine Absetzung der Nr. 30701 sei in den Quartalen I und II/06 nicht erfolgt. Im Quartal II/06 sei bei der Nachvergütung für die Leistungen nach Nr. 30700 und 30701 jeweils ein Fall der AOK Bayern bzw. der AOK Main-Tauber Kreis ausgeschlossen worden. Im Quartal IV/06 sei bei der Nachvergütung für die Leistungen nach Nr. 30700 ein Fall der GK für Sachsen/Thüringen ausgeschlossen worden. Eine Absetzung der Nr. 30701 sei nur 11x erfolgt.

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

Entscheidungsgründe:

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

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

Die Klage ist auch begründet. Die angefochtenen Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale II/05 bis II/06 und IV/06, alle in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.06.2008, sind rechtswidrig und waren daher aufzuheben. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Neubescheidung über ihren Honoraranspruch. Die Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide ist aber auf die Einbeziehung von Leistungen in das Regelleistungsvolumen entgegen den Vorgaben des Bewertungsausschusses beschränkt.

Die angefochtenen Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale II/05 bis II/06 und IV/06, alle in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.06.2008, sind insoweit rechtswidrig, als Leistungen entgegen den Vorgaben des Bewertungsausschusses innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden. Insofern ist auch die Berechnung des Regelleistungsvolumens fehlerhaft. Im Übrigen sind sie aber rechtmäßig.

Die Bildung des Regelleistungsvolumens ist nicht zu beanstanden.

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), die insoweit bis zum Quartal I/07 fortgeführt wurde, sind nach Ziffer 6.3 praxisindividuelle Regelleistungsvolumen zu bilden, da die Klägerin zu den entsprechenden Arztgruppen gehört.

Im Einzelnen bestimmt Ziffer 6.3 HVV:

Die im Abrechnungsquartal für eine Praxis zutreffende Fallpunktzahl bestimmt sich aus der Zugehörigkeit der Ärzte einer Praxis zu einer in der Anlage 1 angeführten Arzt-/Fachgruppe unter Beachtung der angeführten Altersklassen. Bei Gemeinschaftspraxen bestimmt sich die

Höhe der in der einzelnen Altersklasse zu treffenden Fallpunktzahl als arithmetischer Mittelwert aus der Fallpunktzahl der in der Gemeinschaftspraxis vertretenen Ärzte (gemäß Zuordnung entsprechend Anlage zu Ziffer 6.3) verbunden mit folgender Zuschlagsregelung:

130 Punkte bei arztgruppen- und schwerpunktglichen 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. Diese Regelungen beruhen auf Vorgaben des Bewertungsausschusses, die wiederum auf Vorgaben des Gesetzgebers beruhen.

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 Regelleistungsvolumen 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 Regelleistungsvolumen 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 Regelleistungsvolumen (III.3.1 Abs. 4 BRLV).

Die Kammer sieht in diesen Bestimmungen eine verbindliche Vorgabe des Bewertungsausschusses. Dies hat die Kammer bereits für die von der Beklagten vorgenommene und gegen die Vorgaben des Bewertungsausschusses verstoßende Einbeziehung von Dialyseleistungen in die Regelleistungsvolumina festgestellt (vgl. Urteil der Kammer vom 26.09.2007 - S 12 KA 822/06 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris). Die hiergegen eingelegte Berufung hat das Landessozialgericht zurückgewiesen (LSG Hessen, Ur. v. 23.04.2008 - L 4 KA 69/07 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris, Revision anhängig - B 6 KA 31/08 -). Es hat im Einzelnen dargelegt, dass ein Honorarverteilungsvertrag nach der gesetzlichen Fiktion des § 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V aus einem Beschlussteil und dem zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Teil besteht, dass im Falle einer divergenten Regelung den bundeseinheitlichen Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses der Vorrang zu kommt und dass die Vertragspartner des Honorarverteilungsvertrags an die Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses in der Weise gebunden sind, dass sie rechtswirksam keine abweichende Regelung treffen konnten. Hieran hat das Landessozialgericht Hessen in seinem Urteil v. 29.04.2009 - L 4 KA 80/08 - festgehalten und nochmals ausgeführt, die Vertragspartner des HVV seien an die Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses in der Weise gebunden, dass sie rechtswirksam keine abweichenden Regelungen treffen konnten. Dem folgt die Kammer vollumfänglich.

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 genannt. Entsprechend hat der HVV auch die Honorar(unter)gruppe B 2.1 gebildet und für diese Vertragsärzte die von der Beklagten zugrunde gelegten Fallpunktzahlen vorgegeben.

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 Widerspruchsbescheid 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](#) -, v. 10.12.2008 - [S 12 KA 527/07](#) -).

Diese Regelungen werden von d. Kl. insoweit angegriffen, als sie der Auffassung ist, das Regelleistungsvolumen sei zu gering. Die Klägerin überschreitet jedoch das Regelleistungsvolumen lediglich im Quartal II/05 ganz geringfügig. Diese Überschreitung von etwa 0,2 Promille ist aber keiner eventuellen Praxisbesonderheit geschuldet, sondern liegt noch im Überschreibungsbereich, der zwangsläufig auf der Quotierung von 80 % der Durchschnittswerte beruht. Schmerztherapeutische Leistungen werden von der Beklagten nicht in das Regelleistungsvolumen einbezogen. Insofern fehlt es an einer signifikanten Beschwerde der Klägerin bzgl. des Regelleistungsvolumens (vgl. im Übrigen zu einem atypischen Leistungsgeschehen einer schmerztherapeutischen Praxis SG Marburg, Ur. v. 21.05.2008 - [S 12 KA 18/07](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris Rdnr. 49 ff., Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 52/08](#) -; zu Anästhesiologen vgl. ferner SG Marburg, Ur. v. 10.12.2008 - [S 12 KA 12/08](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 17/09](#) -).

Die Beklagte hat aber Leistungen, die entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses dem Leistungsbereich 4.1 zuzuordnen sind (III.4.1 BRLV) und außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten sind, in das Regelleistungsvolumen einbezogen. Dies ist rechtswidrig.

Nach Ziffer 6.3 HVV sind bei der Ermittlung der für die einzelnen Altersklassen gültigen relevanten Fallzahlen einer Praxis alle kurativ ambulanten Behandlungsfälle zugrunde zu legen, ausgenommen Behandlungsfälle, die gemäß Anlage 1 und 2 zu Ziffer 7.1 zur 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. Anlage 1 und 2 zu Ziffer 7.1 HVV betreffen Vorwegleistungen als extrabudgetäre Leistungen. Es handelt sich nach Ziffer 7.1 a) HVM um Leistungen gemäß Anlagen 1 (Primärkassen) und 2 (Ersatzkassen), die aufgrund besonderer Regelungen und Vereinbarungen abweichend von den allgemeinen Bestimmungen, gesondert zu vergüten sind. In den Anlagen 1 und 2 werden nicht die Leistungen aufgeführt, die nach Abschnitt III.4.1 BRLV außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten sind.

Soweit nach Ziffer 6.4 HVV im Einzelnen aufgeführte Leistungen bzw. Leistungsbereichen nicht innerhalb des Regelleistungsvolumens, sondern zu festen Punktwerten zu vergüten sind, handelt es sich nur z. T. um die in Abschnitt III.4.1 BRLV genannten Leistungen.

So rechnete die Klägerin z. B. im Quartal II/05 Leistungen nach Ziff. 01600, 01601, 01602, 01605, 01610, 01621, 01622 EBM 2005 und im Quartal III/05 Leistungen nach Ziff. 01600, 01601, 01605, 01620, 01621 EBM 2005 ab, die die Beklagte entgegen der Vorgabe in III.4.1 BRLV in das Regelleistungsvolumen einbezogen hat. Ein entsprechender Sachverhalt liegt in den übrigen streitbefangenen Quartalen vor.

Hierdurch sind die Punktzahlen des Regelleistungsvolumens bereits fehlerhaft berechnet worden. Zudem sind Leistungen bei der Anwendung des Regelleistungsvolumens einbezogen worden, die außerhalb hätten vergütet werden müssen.

Der Bewertungsausschuss hat für die im Einzelnen aufgeführten Leistungen bestimmt, dass diese aus dem Arztgruppentopf zu vergütenden Leistungen und Leistungsarten dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen (III.4.1 BRLV). Wie bereits ausgeführt sind die Vertragsparteien des HVV hieran gebunden und besteht keine Ermächtigung für eine abweichende Regelung. Das bedeutet, dass die in Ziff. III. 4.1 BRLV aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die nicht den Regelleistungsvolumina unterliegen, nicht unter dem Regime der Regelleistungsvolumina abzurechnen sind (so zutreffend LSG Hessen, Ur. v. 23.04.2008, [aaO.](#), Rdnr. 32).

Von daher bedarf es keiner Änderung des HVV. Die Beklagte wird vielmehr die Punktzahlen für das Regelleistungsvolumen ohne diese Leistungen neu berechnen und wird das Regelleistungsvolumen für den Kläger eb. ohne diese Leistungen festsetzen. Diese Leistungen sind dann mit einem entsprechend neu berechneten Punktwert des Fachgruppentopfes zu vergüten. Ein Anspruch auf einen festen Punktwert von 5,11 Cent besteht aber mangels einer Anspruchsgrundlage nicht. Für sie gilt auch nicht der sog. Kalkulationspunktwert von 5,11 Cent, da es für diesen, wie sogleich ausgeführt wird, keine Rechtsgrundlage gibt.

Die Beklagte war nicht verpflichtet, die Stützung im Quartal III/05 bis zur Grenze von 95 % durchzuführen.

Im Einzelnen bestimmt Ziffer 7.5 HVV:

7.5.1 Zur Vermeidung von praxisbezogenen Honorarverwerfungen nach Einführung des EBM 2000plus erfolgt nach Feststellung der Punktwerte und Quoten gemäß Ziffer 7.2 ein Vergleich des für das aktuelle Abrechnungsquartal berechneten fallbezogenen Honoraranspruches (Fallwert in EUR) der einzelnen Praxis mit der fallbezogenen Honorarzählung in EUR im entsprechenden Abrechnungsquartal des Jahres 2004 ausschließlich beschränkt auf Leistungen, die dem budgetierten Teil der Gesamtvergütung unterliegen und mit Ausnahme der zeitbezogenen genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen. Bei der Ermittlung des Fallwertes bleiben Fälle, die gemäß Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.1 zur Honorierung kommen, unberücksichtigt. Zeigt der Fallwertvergleich eine Fallwertminderung oder Fallwerterhöhung von jeweils mehr als 5% (bezogen auf den Ausgangswert des Jahres 2004), so erfolgt eine Begrenzung auf den maximalen Veränderungsrahmen von 5%. Die für eine Stützung bei Fallwertminderungen – Einzelheiten siehe Ziffer 7.5.2 – notwendigen Honoraranteile gehen zu Lasten der jeweiligen Honorar(unter)gruppe, der die Praxis im aktuellen Quartal zugeordnet ist, und sind gegebenenfalls durch weitergehende Quotierung der Bewertungen bzw. Punktwerte zu generieren, falls die aus der Begrenzung der Fallwerte auf einen Zuwachs von 5% resultierende Honoraranteile hierfür nicht ausreichend sein sollten. Sollte durch eine solche Quotierung die Fallwertminderung (wieder) auf einen Wert oberhalb von 5% steigen, führt dies zu keinem weitergehenden Ausgleich.

7.5.2 Ein Ausgleich von Fallwertminderungen bis zur Grenze von 5% erfolgt grundsätzlich auf der Basis vergleichbarer Praxisstrukturen und maximal bis zu der Fallzahl, die im entsprechenden Quartal des Jahres 2004 zur Abrechnung gekommen ist. Ein Ausgleich ist in diesem Sinne u. a. dann ausgeschlossen, wenn im aktuellen Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal erkennbar (ausgewählte) Leistungsbereiche nicht mehr erbracht wurden oder sich das Leistungsspektrum der Praxis, u. a. als Folge einer geänderten personellen Zusammensetzung der Praxis, verändert hat. Er ist des weiteren ausgeschlossen, wenn sich die Kooperationsform der Praxis entsprechend Ziffer 5.2 Buchstabe g) im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal geändert hat. Beträgt die Fallwertminderung mehr als 15%, ist eine auf die einzelne Praxis bezogene Prüfung im Hinblick auf vorstehend aufgeführte Kriterien durchzuführen, bevor eine Ausgleichszahlung erfolgt.

Ausgleichsfähige Fallwertminderungen oberhalb von 15% müssen vollständig ihre Ursache in der Einführung des EBM 2000plus haben.

7.5.3 Die vorstehende Ausgleichsvorschrift steht im Übrigen unter dem Vorbehalt, dass von Seiten der Verbände der Krankenkassen mindestens eine gegenüber dem Ausgangsquartal vergleichbare budgetierte Gesamtvergütungszahlung geleistet wird und die aufgrund der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 vorzunehmenden Honorarverschiebungen nach Abschluss des Abrechnungsquartals – siehe Ziffer 2.5 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.2 – noch ein ausreichendes Honorarvolumen für diese Maßnahme in der einzelnen Honorar(unter)gruppe belassen.

Ziffer 7.5 HVV führt damit faktisch einen Regelungsmechanismus ein, der sich im Ergebnis einem Vergütungssystem annähert, das auf sog. Kopfpauschalen beruht. Das Vergütungssystem weicht von sog. Kopfpauschalen allerdings insofern ab, als es nicht allen Vertragsärzten bzw. allen Vertragsärzten einer Honorargruppe gleiche Honorarbeträge für einen Behandlungsfall zuweist, sondern die Höhe der Honorarzuweisung pro Fall am Fallwert des entsprechenden Vorjahresquartals der einzelnen Praxis orientiert und zunächst einen "Honorarkorridor" von 95 % bis 105 % hierfür vorgibt. Das Honorar der einzelnen Praxis kann sich grundsätzlich nur innerhalb dieses Korridors bewegen, wobei dies weiter davon abhängt, wie insgesamt das Verhältnis von Honoraranforderungen und zur Verteilung zur Verfügung stehendem Honorarvolumen innerhalb der einzelnen Honorargruppen ist. Sind die Ausgleichsbeträge wesentlich höher als die Kürzungsbeträge, so kann der Korridor nach unten abweichen, da mit Ausnahme des Quartals II/05 keine weiteren Gelder aus Rücklagen zugeführt wurden und die Entnahme aus dem Honorartopf zur Abgeltung der Ausgleichsansprüche nur in dem Umfang erfolgen darf, dass der Punktwert nicht unterhalb des sog. Stützpunktwertes fällt, wodurch Verschiebungen zwischen den Honorargruppen vermieden werden sollen. Nach den bisherigen Erfahrungen der Kammer können daher die erreichbaren Fallwerte von Honorargruppe zu Honorargruppe und von Quartal zu Quartal zwischen ca. 67 % bis 95 % schwanken. Der gesamte Ausgleichsbetrag wird ferner durch die Fallzahl des Referenzquartals bestimmt und lässt Fallzahlsteigerungen unberücksichtigt. Die einzelne Praxis, die weder einen Ausgleichs- noch Kürzungsbetrag erhält, wird dann von der Ausgleichsregelung indirekt betroffen, wenn die Ausgleichsbeträge insgesamt einer Honorargruppe nicht von den Kürzungsbeträgen abgedeckt werden können, da sich dann der Punktwert bis zur Grenze des sog. Stützpunktwerts verringern kann und die Honorarzuteilung auf der Grundlage eines geringeren Punktwerts erfolgt. Die Kammer hat diese Regelung, soweit sie im Einzelfall zu Ausgleichsbeträgen geführt hat, bisher nicht beanstandet, da sie in ihr letztlich eine Härtefallregelung sieht, die Veränderungen aufgrund des zum Quartal II/05 eingeführten EBM 2005 abfedern und insofern für eine Übergangszeit den Arztpraxen die Umstellung auf die neue Honorarstruktur ermöglichen soll. Insofern haben es die Praxen – und dies ist unabhängig von ihrem Leistungsvolumen insgesamt –, die keine Ausgleichsbeträge erhalten, hinzunehmen, dass sich der Verteilungspunktwert für sie ggf. verringert. Wie lange dieser Übergangszeitraum dauert, brauchte die Kammer in diesem Verfahren nicht abschließend zu beurteilen. Im Hinblick auf die verspätete Erstellung der Honorarbescheide für die ersten Quartale nach Einführung des EBM 2005 ist aber jedenfalls von einem Übergangszeitraum bis zum Quartal IV/06 auszugehen (vgl. bereits Urteil der Kammer vom 24.09.2008 – [S 12 KA 352/07](#) –; v. 24.09.2008 – [S 12 KA 467/07](#) –; v. 27.08.2008 – [S 12 KA 513/07](#) –; v. 08.10.2008 – [S 12 KA 409/07](#) –).

Soweit die Beklagte daher im Rahmen der Ausgleichsregelung gem. Ziff. 7.5 HVV nicht den maximalen Veränderungsrahmen von minus 5 % einhält, verstößt dies nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Eine höhere Ausgleichszahlung hätte zwangsläufig einen geringeren Punktwert zu Folge und würde andere Vertragsärzte weiter benachteiligen oder zu Verschiebungen zwischen den Honorar(unter)gruppen führen. Das Verfahren der Beklagten ist insoweit daher nicht nur im Einklang mit dem HVV, sondern die Regelung selbst ist noch vom Gestaltungsspielraum der Vertragsparteien gedeckt.

Ein Anspruch auf die Einhaltung des maximalen Veränderungsrahmens von minus 5 % folgt auch nicht aus dem Schreiben der Beklagten vom 27.06.2005. Darin kündigt die Beklagte die Einbeziehung der schmerztherapeutischen Leistungen in den Regelungsmechanismus nach Ziff. 7.5 HVV an. Hierbei handelt es sich aber lediglich um einen Hinweis auf eine potentielle Nachvergütung, die auf der Grundlage der Einbeziehung der schmerztherapeutischen Leistungen berechnet wird, wie sogleich im Einzelnen weiter ausgeführt wird. Eine Änderung des HVV konnte dadurch auch schon deshalb nicht erfolgen, weil der Vorstand der Beklagten hierzu nicht befugt ist. Änderungen des HVV unterliegen allein der Vertragsautonomie der Gesamtvertragsparteien.

Die Beklagte war auch nicht verpflichtet, bei der Anwendung der Regelung nach Ziff. 7.5 HVV die Nachvergütungen in den Folgequartalen zu berücksichtigen. Bei den Nachvergütungen handelt es sich um zusätzliche Sicherstellungsmaßnahmen. Dabei kann hier dahinstehen, ob hierfür im HVV eine Rechtsgrundlage vorhanden ist, insb. ob sie unter Ziff. 7.1 Buchst. c HVV fallen. Danach können Aufwendungen für im Einzelfall zeitlich begrenzte, von den Bestimmungen des Honorarverteilungsvertrages abweichende Regelungen, insbesondere zur Erhaltung oder Einrichtung von Praxissitzen, wenn die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung dies erfordert und vom Vorstand der KV Hessen hierzu eine Entscheidung erfolgt, aus den von den Krankenkassen geleisteten Vergütungen/Zahlungen vorweg unter Beachtung der Aufteilung der Honorarforderungen auf Primär- und Ersatzkassen berücksichtigt werden. Jedenfalls handelt es sich bei den Nachvergütungen um die Klägerin begünstigende Maßnahmen bzw. Zahlungen, die aus Sicherstellungsgründen erfolgte und aufgrund weiterer Zahlungen der Krankenkassen. Die Vertreterin der Beklagten hat in der mündlichen Verhandlung die Vorgehensweise erläutert. Danach hätten die schmerztherapeutischen Leistungen im AOK-Bereich und Bereich der Ersatzkassen als nicht budgetierte Leistungen im Sinne der Ziffer 7.5.1 HVV nicht in die Ausgleichsregelung einbezogen werden können. Die Beklagte hatte aber aufgrund einer Vereinbarung mit der AOK-Hessen und den Betriebskrankenkassen Gelder erhalten mit der Zweckbindung, diese der Schmerztherapie zuzuführen. Die Beklagte hat diese Gelder in der Weise ausgeschüttet, dass sie die schmerztherapeutischen Leistungen dann doch in die Ausgleichsregelung nach 7.5 HVV einbezogen hat. Dies führte zur Nachvergütung. Die Nachvergütung war aber, da mit anderen Krankenkassen, also z.B. der AOK-Bayern, ein solcher Vertrag nicht geschlossen werden konnte, auf die genannten Kassenbereiche beschränkt. Die Gelder flossen nicht in die Ziff. 7.5 HVV ein, sondern mit diesem Verteilungsmechanismus sollte erreicht werden, dass ausschließlich die Schmerztherapeuten davon profitieren konnten. Die Honorarverluste der Schmerztherapeuten waren dadurch zustande gekommen, dass die Punktwerte früher noch höher waren als 5,11 Cent und weiter dadurch, dass nach dem EBM 2005 eine Nebeneinanderabrechnung der schmerztherapeutischen Leistungen nicht mehr möglich war. Soweit dies auf Vereinbarungen mit den genannten Kassenbereichen beruhte, räumte die Prozessbevollmächtigte der Beklagten allerdings ein, dass es hierüber keinen schriftlichen Vertrag gibt, sondern nur verschiedene mündliche, zum Teil auch telefonische Absprachen, zum Teil auch per E-Mailverkehr, getroffen worden waren. Ferner verwies sie auf die Vereinbarung mit dem BKK Landesverband Hessen für das Jahr 2005, als dort auf Seite 7 unter 3.2 darauf hingewiesen wird, dass über die Verwendung der Einsparungen durch die Neubewertung der Ziffern durch den EBM 2005 sich die Partner einvernehmlich verständigen, und auf eine entsprechende Regelung im Vertrag für 2006 unter Ziffer 3.3.

Der gewählte Regelungsmechanismus über Ziff. 7.5 HVV diene somit lediglich der Ermittlung des Nachvergütungsbetrages und war keine Anwendung der Ziff. 7.5 HVV, die folgerichtig ansonsten im entsprechenden Quartal des Folgejahres hätte berücksichtigt werden müssen. Sachlich handelt es sich bei den Nachvergütungen um Subventionszahlungen außerhalb des HVV aufgrund weiterer Zahlungen der Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung. Angesichts der beschränkten Mittel ist eine Sachwidrigkeit der Ermittlung des Verteilungsbetrages nicht zu erkennen. Hieraus können aber weder für das aktuelle Quartal noch für das entsprechende Quartal des Folgejahres höhere Ansprüche geltend gemacht werden.

Soweit die Klägerin einen falschen Referenzfallwert geltend macht, beruht dies auf der mangelnden Aufstockung auf 95 %. Da die Klägerin, wie bereits ausgeführt, hierauf keinen Anspruch hat, ist auch der jeweilige Referenzfallwert nicht zu beanstanden.

Soweit die Klage auch darauf gerichtet war, dass im Bereich der Betriebskrankenkassen die schmerztherapeutischen Ziffern nebeneinander abgerechnet werden können, hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin in der mündlichen Verhandlung erklärt, dass die Klage darauf nicht mehr gestützt wird.

Soweit die Beklagte für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens keinen festen, im Vorhinein fest vereinbarten Punktwert vergütet hat, war dies von der Kammer nicht zu beanstanden.

[§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) sieht zwar vor, dass insbesondere arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). Entsprechend sieht Ziffer 6.4 HVV zunächst vor, dass die nach Abzug der Vorwegvergütungen und zu festen Punktwerten vergüteten Leistungen dann noch verbleibenden Honorarforderungen der Praxis der Bewertung mit einem Punktwert von 4,0 Ct. bis zu dem nach Ziffer 6.3 HVV für das aktuelle Quartal festgestellten praxisindividuellen Regelleistungsvolumen unterliegen. Darüber hinausgehende Honorarforderungen sind mit einem Punktwert von mindestens 0,51 Ct. zu bewerten.

Die Kammer hält die Vertragsparteien des Honorarverteilungsvertrages aber für gerade noch befugt, diesen Punktwert zu quotieren, d. h. davon abhängig zu machen, welches Honorarvolumen den abgerechneten Leistungen gegenübersteht, soweit die Quotierung auf honorarvertraglicher Grundlage erfolgt.

Für die hier maßgebliche fachärztliche Versorgungsebene sieht Ziffer 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.2 HVV vor, dass, reicht der zur Verfügung stehende Anteil am Verteilungsbetrag in einer Honorar(unter)gruppe zur Honorierung der angeforderten Leistungen nicht aus, eine Quotierung aller Honorarforderungen innerhalb des Regelleistungsvolumens und damit des Punktwertes von 4,0 Ct. zu erfolgen hat. Soweit die so festgestellten Quoten um mehr als 15 %-Punkte von der nach gleicher Vorgehensweise über alle Honorar(unter)gruppen der Honorargruppe B 2 gebildeten (mittleren) Quote abweichen, ist, soweit möglich, ein Ausgleich zwischen den Honorar(unter)gruppen B 2.1 bis B 2.32 mit dem Ziel der Erreichung einer maximalen Abweichung von 15 %-Punkten von der mittleren Quote für alle Honorar(unter)gruppen B 2.1 bis B 2.32 durchzuführen.

Wenn auch einiges dafür spricht, dass die Vorstellung des Gesetzgebers von einer Begrenzung des Leistungsgeschehens durch Regelleistungsvolumina bei gleichzeitigem garantiertem Punktwert mit einhergehender Kalkulationssicherheit ausging, so besteht jedenfalls keine rechtliche Garantie für eine bestimmte Höhe des Punktwertes. Die Vereinbarung eines festen Punktwertes von 4 Cent im HVV, der nach Kenntnis der Kammer so gut wie in keiner Honorar(unter)gruppe im Ergebnis zur Festsetzung kam, ist einer offensichtlich Fehlkalkulation der Vertragsparteien des HVV geschuldet. Es kann hier dahinstehen, ob und welche berufspolitischen Überlegungen hinter einer solchen Vereinbarung standen, ob dadurch ein günstiger Vertragsabschluss signalisiert werden sollte. Insofern erleichtert die dargestellte Regelungssystematik des HVV nicht die Erkenntnis, dass der im Gegensatz zur Koloskopieleistung nach Nr. 13421 EBM 2005 vorgegebene feste Punktwert von 4 Cent für Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens nicht unter dem "Vorbehalt einer gegebenenfalls erforderlichen Quotierung" steht, sondern dieser Vorbehalt sich erst aus den Anlagen zum HVV ergibt. Jedenfalls hätte bei realistischerer Kalkulation bei einer begrenzten Gesamtvergütung nur ein tieferer Punktwert vereinbart werden können, der im Hinblick auf Sicherheitstoleranzen u. U. unterhalb des jetzt im Ergebnis festgesetzten quotierten Punktwertes gelegen hätte. Damit wäre gerade der Honoraranspruch der Praxen, deren Abrechnung sich im Wesentlichen innerhalb des Regelleistungsvolumens bewegt, eher vermindert worden. Die Vorgabe des Regelleistungsvolumens geht aber davon aus, dass damit grundsätzlich das Leistungsgeschehen adäquat erfasst wird und ein auskömmliches Praxisergebnis erzielt werden kann. Die Quotierung innerhalb des Regelleistungsvolumens führt im Ergebnis dazu, dass im Regelfall ein höherer Punktwert innerhalb des Regelleistungsvolumens erreicht wird, ohne dass es zu Stützungsmaßnahmen aus den anderen Honorar(unter)gruppen kommt. Insofern ist den Vertragsparteien des Honorarverteilungsvertrages ein Regelungsspielraum einzuräumen.

Aber auch unterstellt, es ist von einer Rechtswidrigkeit der Quotierungsregelungen auszugehen, so besteht kein Anspruch auf eine Vergütung zu einem Punktwert von 4 Cent. Die Regelungen zur Festvergütung von 4 Cent und Quotierung bilden insofern eine Einheit. Hielte man eine Quotierung für unzulässig, so könnte die Beklagte bzw. die Vertragsparteien nur verpflichtet werden, einen festen Punktwert rückwirkend festzusetzen bzw. zu vereinbaren, der aber angesichts der begrenzten Gesamtvergütung nicht höher als der im Ergebnis quotierte Punktwert liegen könnte.

Nicht zu beanstanden war von der Kammer ferner, dass die das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungsanforderungen mit einem einheitlichen, dem sog. unteren Punktwert vergütet werden. Soweit nach [§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#) für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte vorzusehen ist, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird, folgt für die Kammer nicht, dass "abgestaffelt" so zu verstehen ist, dass mindestens zwei Punktwertgruppen zu bilden sind. "Abgestaffelt" ist nach Auffassung der Kammer so zu verstehen, dass ein geringerer Punktwert zur Auszahlung gelangt als für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens, was vorliegend der Fall war.

Es bestand auch keine Verpflichtung zur Auszahlung eines festen Punktwertes von 5,11 Cent. Der Bewertungsausschuss hat insofern zum Inkrafttreten des EBM 2005 keine bindende Vorgabe weder generell noch für einzelne Leistungsbereiche gemacht hat. Soweit der EBM 2005 auf der Grundlage einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation mit einem Punktwert von 5,11 Cent erstellt wurde, handelt es sich um eine Rechengröße. Eine Rechtsgrundlage für einen Anspruch auf Auszahlung eines festen Punktwertes ist der Kammer nicht ersichtlich. Vielmehr

beschränkt sich der Anspruch des Vertragsarztes auf die Teilnahme an der Honorarverteilung und nicht auf einen bestimmten Honoraranspruch ([§ 85 Abs. 4 SGB V](#)).

Ohne Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit des hier geltenden Honorarverteilungsvertrags ist der Umstand, dass ein Honorarverteilungsvertrag mit Regelleistungsvolumina bereits zum 01.07.2004, nicht erst zum 01.04.2005 hätte abgeschlossen werden müssen. Dies kann allenfalls Auswirkungen auf die Rechtslage bis zum 31.03.2005 gehabt haben. Der HVV umfasst jedenfalls Regelleistungsvolumina und ist insofern im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben. Der Beschluss des Bewertungsausschuss vom 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen ist weit vor den hier streitbefangenen Quartalen ergangen und damit nicht zu spät. Aus der möglicherweise im Hinblick auf die gesetzgeberische Vorgabe 01.07.2004 insgesamt zu späte Verabschiedung des Regelwerks kommt es nicht an, da allein hieraus nicht deren Rechtswidrigkeit folgt.

Soweit der HVV erst am 10.11.2005 unterzeichnet und veröffentlicht wurde, wurde er für die Quartale II und III/05 und z. T. auch IV/05 rückwirkend in Kraft gesetzt. Hierbei handelt es sich aber um eine zulässige unechte Rückwirkung (vgl. bereits Urteil der Kammer v. 10.12.2008 - [S 12 KA 527/07](#) -).

Zu Unrecht wendet sich die Klägerin gegen einen Vorwegabzug auch bzgl. der schmerztherapeutischen Leistungen nach Nr. 30700 und 30701 EBM 2005.

Die schmerztherapeutischen Leistungen nach Nr. 30700 und 30701 EBM 2005 werden aufgrund verschiedener Schiedsamtentscheidungen oder Vergütungsvereinbarungen in allen Kassenbereichen extrabudgetär zu festen Punktwerten vergütet. Die Höhe dieser Punktwerte ist insoweit zwischen den Beteiligten nicht umstritten. Die Klägerin wendet sich lediglich gegen einen Abzug für die Finanzierung des Honorarbereichs C und die Erweiterte Honorarverteilung.

Nach § 7.1 Buchst. a HVV (Vorwegleistungen, Honorarausgleichsfonds) werden aus den von den Krankenkassen geleisteten Vergütungen/Zahlungen vorweg unter Beachtung der Aufteilung der Honorarforderungen auf Primär- und Ersatzkassen u.a. berücksichtigt Leistungen gemäß Anlagen 1 (Primärkassen), 2 (Ersatzkassen) bzw. 3 (Primär- und Ersatzkassen) zu Ziffer 7.1, die aufgrund besonderer Regelungen und Vereinbarungen abweichend von den allgemeinen Bestimmungen, gesondert zu vergüten sind. Hierzu gehören die schmerztherapeutischen Leistungen nach Nr. 30700 und 30701 EBM 2005 für den Bereich der AOK-Hessen und der Ersatzkassen, die in Anlagen 1 (Primärkassen) und 2 (Ersatzkassen) zu Ziffer 7.1 HVV, jeweils mit einem Punktwert von 5,11 Cent, geregelt sind.

Nach § 7.2 HVV (Verteilung der Gesamtvergütungen) steht der nach Abzug der Vorwegleistungen gemäß Ziffer 7.1 für die Primär- und die Ersatzkassen verbleibende Betrag (im folgenden Verteilungsbetrag genannt) unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Anlagen 1 (für die Primärkassen), 2 (für die Ersatzkassen) und 3 (für die Primär- und Ersatzkassen) zu Ziffer 7.2 für die Vergütung der geprüften und gemäß Ziffer 6 zugeordneten/bewerteten Honoraranforderungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden hessischen Ärzte, Psychotherapeuten und ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie zur Bedienung der Ansprüche aus der EHV und der Aufwendungen für den KV Hessen-spezifischen ärztlichen Bereitschaftsdienst (gemäß Notdienstordnung der KV Hessen) zur Verfügung. Rundungs- und Spitzenbeträge sind vorzutragen.

Nach Abschnitt 3. erster Spiegelstrich der Anlage 1 zu Ziff. 7.2 HVV werden die Leistungen im Rahmen der schmerztherapeutischen Behandlung bei Versicherten der Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und Landwirtschaftlichen Krankenkassen nach Nr. 30700 mit 81,81 EUR und Nr. 30701 EBM 2005 mit 61,36 EUR bewertet. Dies hat die Beklagte für das Quartal II/05 durch entsprechende, über 5,11 Cent liegende Punktwerte realisiert. In der Folgezeit konnte nur noch ein Punktwert von 5,11 Cent vereinbart werden. Insofern war bereits im HVV auf einen Vorbehalt hinsichtlich der Vergütungsvereinbarungen hingewiesen worden. So heißt es in Abschnitt 3. Fußnote 9, die Auflistung unter Ziffer 3 gilt vorbehaltlich des abschließenden Ergebnisses der Honorarverhandlungen mit den hessischen Primärkassen. Insoweit keine - evtl. auch rückwirkende - Umsetzung im HVV der neuen Punktwerte erfolgte, kann dies aufgrund der Verweisung im HVV und der extrabudgetären Vergütung für einzelne Krankenkassen noch hingenommen werden, da die Regelung die Schmerztherapeuten begünstigt.

Der Vorwegabzug für den Honorarbereich C folgt unter Einschluss der schmerztherapeutischen Leistungen nach Nr. 30700 und Nr. 30701 EBM 2005 aus Anlagen 1 und 2 zu Ziff. 7.2 HVV, Abschnitt 2.3.

Nach Anlagen 1 und 2 zu Ziff. 7.2 HVV, Abschnitt 2.3 "Honorarbereich C - fachübergreifender ärztlicher Bereitschaftsdienst (Notdienst) und Leistungen im Notfall" werden die Leistungen des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes (Notdienstes) der niedergelassenen Vertragsärzte bei Kennzeichnung mit Nr. 98998 mit einem Punktwert von 4,6 Ct. bewertet. Leistungen des organisierten Bereitschaftsdienstes (Notdienstes) der niedergelassenen Vertragsärzte ohne Kennzeichnung, Leistungen im Notfall sowie Notdienstleistungen auf Abrechnungen ermächtigter Krankenhausärzte und ärztlich geleiteter Einrichtungen (einschließlich nachgeordneter ärztlicher Dienst) (VfG 95, 96) erhalten den durchschnittlichen rechnerischen Punktwert der Honorargruppen A 2 und B 2, ermittelt vor Durchführung bzw. Bewertung der einzelnen Leistungen dieser Honorargruppen. Die Bestimmung sieht weiter ausdrücklich vor, dass die für diese Bewertung notwendigen Honoraranteile durch Quotierung aller nach diesem Honorarverteilungsvertrag festgestellten Punktwerte und Quoten (ausgenommen Mindestpunktwerte) zur Verfügung gestellt werden. Das insgesamt für den Honorarbereich C zur Verfügung stehende Honorarvolumen ist auf einen prozentualen Anteil der Gesamtvergütungszahlungen der Primärkassen begrenzt. Nach dem Wortlaut und Sinn und Zweck der Bestimmung sind damit alle übrigen Leistungen und damit auch alle Vertragsärzte gleichermaßen zur Finanzierung des Notdienstes heranzuziehen. Dies entspricht auch einer seit jeher bestehenden Übung und dem Selbstverständnis der Vertragsärzteschaft, was der Kammer aufgrund ihrer beiden ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte bekannt ist. Diese Regelung ist auch in Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben, da der die gesamte Kassenärztliche Vereinigung betreffende Sicherstellungsauftrag auch den Notdienst mit umfasst (vgl. [§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Demgegenüber hat die Systematik der Vorschrift, die isoliert betrachtet aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu Ziff. 7.2 HVV eine Auslegung im Sinne der Klägerin stützt, zurückzustehen. Sachlich handelt es sich bei dem Honorarbereich C nach Abschnitt 2.3 der Anlagen 1 und 2 zu Ziff. 7.2 HVV um einen Vorwegabzug, der noch vor dem Vorwegabzug nach Ziff. 7.1 HVV erfolgt. Insofern ist aber auch zu berücksichtigen, dass es sich bei Honorarverteilungsverträgen um gewachsene Regelungsstrukturen handelt, die im Regelfall nicht aus einem Guss erfolgen und daher oftmals "unsystematische" Regelungen beinhalten. Dies gilt auch für Ziff. 7.2 HVV insoweit, als darin nur der nach Ziff. 7.1 HVV ermittelte Verteilungsbetrag - zu diesem gehören

die schmerztherapeutischen Leistungen nach Nr. 30700 und Nr. 30701 EBM 2005 nicht - zur Bedienung der Aufwendungen für den KV Hessen-spezifischen ärztlichen Bereitschaftsdienst (gemäß Notdienstordnung der KV Hessen) zur Verfügung steht. Insofern ist der eindeutige Wortlaut des Abschnitts 2.3 der Anlagen 1 und 2 zu Ziff. 7.2 HVV, wie bereits ausgeführt, maßgebend.

Der Vorwegabzug für die Erweiterte Honorarverteilung unter Einschluss der schmerztherapeutischen Leistungen nach Nr. 30700 und Nr. 30701 EBM 2005 ist ebf. nicht zu beanstanden.

Regelungen über die Erweiterte Honorarverteilung unterliegen allein der Satzungshoheit der Beklagten (zu den Rechtsgrundlagen vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2008 - [B 6 KA 38/07 R](#)- juris Rdnr. 46 ff.). Bereits von daher besteht keine Befugnis der Gesamtvertragsparteien, die Erweiterte Honorarverteilung durch Honorarverteilungsvertrag zu regeln. Mit der Einführung der Kompetenz der Gesamtvertragsparteien nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) im Jahr 2004 hat der Gesetzgeber die fortgeltenden Rechtsgrundlagen für die Erweiterte Honorarverteilung, die nur in Hessen besteht, nicht geändert. Soweit Ziff. 7.2 HVV daher nur den nach Ziff. 7.1 HVV ermittelten Verteilungsbetrag - zu diesem gehören die schmerztherapeutischen Leistungen nach Nr. 30700 und Nr. 30701 EBM 2005 nicht - zur Bedienung der Ansprüche aus der EHV zur Verfügung stellt, kommt dem keine Bedeutung zu. Die Heranziehung der vertragsärztlichen Leistungen bzw. des hierfür zur Verfügung stehenden Honorars richtet sich allein nach den als Satzung der Beklagten ergangenen Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der ab 01.07.2006 gültigen Fassung, veröffentlicht durch Bekanntmachung im Hessischen Ärzteblatt 9/2006, insofern unverändert in der geänderten Fassung ab 01.01.2007 und 27.05.2008, veröffentlicht in info.doc Nr. 2a - Mai 2008 (Sonderheft Erweiterte Honorarverteilung), die eine Herausnahme der schmerztherapeutischen Leistungen nach Nr. 30700 und Nr. 30701 EBM 2005 nicht vorsehen. Dies wird von der Klägerin auch nicht behauptet.

Soweit klägerseits letztlich eine zu geringe Vergütung der Leistungen geltend gemacht wird, kann dies keinen höheren Honoraranspruch begründen.

Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass (auch) die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Aus dieser Bestimmung kann ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für ärztliche Tätigkeiten erst dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet wird (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - aaO., juris Rdnr. 130 m. w. N.). Anzeichen hierfür sind nicht ersichtlich. Auch für das klägerische Fachgebiet ist im Bezirk der Beklagten die vertragsärztliche Versorgung gewährleistet. Im Übrigen hat die Beklagte verschiedene Stützungsmaßnahmen ergriffen.

Bei einer Neubescheidung ist die Beklagte daher auch nicht verpflichtet, die bisherigen Punktwerte als Mindestpunktwerte oder höhere Punktwerte festzusetzen. Sie kann vielmehr die Auswirkungen der Entscheidung der Kammer auf die gesamte Honorarverteilung berücksichtigen und insofern neue Punktwerte errechnen. Lediglich aus dem Grundsatz des Verböserungsverbots (reformatio in peius) besteht eine Bindung an den bereits festgesetzten Gesamthonoraranspruch.

Nach allem war der Klage daher nur aus den genannten Gründen stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Die Quotelung berücksichtigt, dass nur ein Teil der vorgetragenen Gründe zur Verpflichtung zur Neubescheidung führten.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2011-02-07