

S 12 KA 1274/05

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 1274/05
Datum
02.07.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 71/08
Datum
02.02.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die KV Hessen war nicht berechtigt, in den Quartalen I bis IV/03 eine Topf in Topf-Regelung in Verbindung mit einer Vergütung eines „mittleren Punktwerts“ abweichend vom allgemeinen mittleren Punktwert, der Grundlage für evtl. Stützungsmaßnahme ist, für die kurative Koloskopie nach Nr. 764 EBM für die Honoraruntergruppe der Gastroenterologen zu bilden.

1. Unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartal I bis IV/03 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.11.2005, abgeändert durch Bescheid vom 06.08.2007, wird die Beklagte verurteilt, die Klägerin über ihre Honoraransprüche für die Quartale I bis IV/03 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

3. Die Beklagte hat 4/5 der notwendigen Kosten der Klägerin und der Gerichtskosten zu tragen. Die Klägerin hat 1/5 der Gerichtskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die fünf Quartale IV/02 bis IV/03 und hierbei insbesondere um die Vergütung für kurative Koloskopien.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxissitz in A-Stadt. Sie bestand in den streitbefangenen Quartalen aus zwei seit 02.01.1998 bzw. 01.10.2000 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Internisten mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie.

Gegen die Honorarbescheide der streitbefangenen Quartale legte die Klägerin jeweils Widerspruch ein.

Die einzelnen Berechnungsgrundlagen stellen sich in den streitbefangenen Quartalen wie folgt dar:

IV/02 I/03 II/03 III/03 IV/03

Honorarbescheid vom 20.07.2003 11.10.2003 25.10.2003 13.03.2004 18.08.2004

Widerspruch eingelegt am 07.10.2003 16.12.2003 19.01.2004 17.05.2004 17.09.2004

Nettohonorar 110.396,36 138.808,25 122.736,69 154.890,16 147.140,90

Nachzahlung netto in Euro

Bruttohonorar in Euro Primärkassen Ersatzkassen

Gesamt 47.651,93 61.981,27 109.633,20 59.489,35 80.967,31 140.456,66 48.457,54 73.394,44 121.851,98 60.045,15 94.412,11

154.457,26 53.183,70 96.832,66 150.016,36

Punktwert Allg. Leistungen (HG 2) in Cent

PK 3,371 3,575 3,313 3,506 2,981 3,154 2,983 3,157 3,259 3,449 Punktwert Allg. Leistungen (HG 2) in Cent

EK 3,521 3,734 3,536 3,742 3,229 3,417 3,234 3,422 3,529 3,734 Punktwert Nrn. 763/764 EBM in Cent PK bzw.

ab I/03 Nr. 764 1,722 1,826 2,766 2,927 2,317 2,452 2,190 2,317 2,586 2,736 Punktwert Nrn. 763/764 EBM in Cent EK bzw.

ab I/03 Nr. 764 1,816 1,926 2,753 2,913 2,825 2,989 2,380 2,518 2,822 2,986

Honorarvolumen nach der Frequenzstatistik aktuelles Quartal in EUR 192.110,55 221.635,82 194.048,43 244.974,03 226.779,22

Praxisquote (Bruttohonorar: Honorarvolumen) in %-

57,1 63,4 62,8 63,2 66,2

Maßnahme nach LZ 505 HVM keine
Fallzahl d. Kl. 1218 1333 1.220 1.392 1.310
Fallzahl d. Kl. im Referenzquartal 955 878 905 955
Fallzahlgrenze nach LZ 505 HVM 1.105 996 1.047 1.104
Überschreitung der Fallzahlgrenze 337 345 206
Im Wb. zusätzlich anerkannt 114 208 105
Rechnerisch bereinigte ambulante Honoraranforderung
3.625.779,5 4.205.667,0 4.642.789,5 4.318.919,5
Honoraranforderung zur Quotierung 929.979,5 1.320.897,0 1.296.739,5 1.247.639,5
Rechnerischer Fallwert 763,5 990,9 931,6 952,4
Anerkennungsfähiges Honorarvolumen 886.805,2 1.153.903,0 1.136.086,2 1.149.546,8
Quotierung des anerkannten Honorarvolumens
(Honoraranforderung zur Quotierung) 95,36 % 87,36 % 87,60 % 92,13 %
Quotierung nach Abhilfe durch Wb. 91,63 95,08 96,15
Rechnerischer Punktwertabzug PK EK
Gesamt 15.993,8 27.169,5 43.163,3 95.634,9 71.338,7 166.973,6 89.980,6 70.637,7 160.618,3 48.974,2 49.095,3 98.069,5
Maßnahme nach Abschnitt 1. der Anl. 3 zu LZ 702 HVM (ohne Berücksichtigung LZ 504)
Honoraranforderung Referenzquartal PK 577.383,1 510.274,9 424.403,0 408.246,6 413.983,4
Honoraranforderung Referenzquartal EK 383.621,3 370.014,9 326.762,5 379.861,4 372.761,5
Honoraranforderung Referenzquartal gesamt 961.004,4 880.289,8 751.165,5 788.108,0 786.744,9

Aktuelle Honoraranforderung oberer PW PK 577.383,1 510.274,9 424.403,0 408.246,6 413.983,4
Aktuelle Honoraranforderung oberer PW EK 383.621,3 370.014,9 326.762,5 379.861,4 372.761,5
Oberer Punktwert gesamt 961.004,4 880.289,8 751.165,5 788.108,0 786.744,9

Aktuelle Honoraranforderung unterer PW PK 66.238,9 177.674,1 107.751,0 229.311,4 179.721,6
Aktuelle Honoraranforderung unterer PW EK 113.314,7 130.979,1 128.173,5 180.017,6 180.166,5
Unterer Punktwert gesamt 179.553,6 308.653,2 235.924,5 309.329,0 359.888,1

Honoraranforderung unterer und oberer PW PK 643.622,0 687.949,0 532.154,0 637.558,0 593.705,0
Honoraranforderung unterer und oberer PW EK 496.936,0 500.994,0 454.936,0 559.879,0 552.928,0
Honoraranforderung unterer und oberer PW PK und EK 1.140.558,0 1.188.943 977.090,0 1.197.437,0 1.146.633,0
Bruttohonorar ist das Honorar für Primär- und Ersatzkassen ohne sonstige Kostenträger und vor Abzug von Verwaltungskosten. Angaben in Punkten soweit kein weiterer Zusatz.
- Berechnungen der Kammer

Zur Begründung der Widersprüche führte die Klägerin aus, sie sei auf gastroenterologische Leistungen spezialisiert. Die Punktwerte für die Leistungen nach Nr. 764 EBM und im Quartal IV/02 auch Nr. 763 seien zu niedrig. Die Bildung eines Sondertopfes hierfür sei unzulässig. Der Punktwert liege unter 2 Cent. Die Fallzahlbegrenzung sei angesichts des Bedarfs für diese Leistungen nicht zu rechtfertigen. Vor dem Sozialgericht Frankfurt a. M. habe sie mit der Beklagten einen Vergleich geschlossen. Die Sicherstellungsproblematik bestehe weiterhin. In Ferienzeiten werde ein Vertreter beschäftigt, der ebf. endoskopierte. In den Vorquartalen sei dies nicht der Fall gewesen, weshalb sich das Leistungsvolumen erhöht habe. Im Quartal I/03 sei zu Unrecht die Nr. 156 abgesetzt worden, im Quartal I bis III/03 die Nr. 775.

Die Beklagte trennte die Widersprüche hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Berichtigungen ab und verband sie im Übrigen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 02.11.2005, zugestellt am 09.11.2005, wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte die Beklagte aus, soweit in den Quartalen III und IV/03 die Durchführung von Maßnahmen nach LZ 506 HVM gerügt werde, sei der Widerspruch unzulässig, da solche nicht durchgeführt worden seien. Im Übrigen seien die Widersprüche zulässig und insoweit begründet, als in den Quartalen I, III und IV/03 eine Fallzahlbegrenzung vorgenommen worden sei. Es sei unverändert von einer Sicherstellungsproblematik auszugehen. Es sei daher eine Sonderregelung zu treffen, die sich an den Auswirkungen durch den Wegfall des "KO-Kataloges" zum 31.12.2002 auf das Leistungsgeschehen im Bereich der kurativen Koloskopie zu orientieren habe. Als Bezugspunkt seien die Quartale des Jahres 2001 sachgerecht. Im Quartal IV/02 liege der Anstieg unterhalb der 10 %igen Fallzahlerhöhungen. In den übrigen Quartalen werde die Fallzahl um die Zahl der Fälle erhöht, die über die 10 %ige Erhöhung hinausgingen. In den Quartalen I, III und IV/03 würde die Fallzahlgrenze daher um 114, 208 und 105 Fälle erhöht werden. Im Übrigen sei die Fallzahlbegrenzungsregelung nach der Rechtsprechung rechtmäßig. Die Honorierung der Koloskopie verstoße nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Durch die Neudefinition der Leistungslegende der kurativen Koloskopie sei aufgrund unterschiedlicher Ursachen eine Mengenentwicklung eingetreten, die zu einem deutlichen Punktwertverfall geführt habe. Um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen, habe die Abgeordnetenversammlung für die Quartale I bis IV/03 beschlossen, dass für Leistungen nach der Nr. 764 EBM im Sinne einer Vorwegregelung innerhalb der jeweiligen Honorar(unter)gruppe der mittlere Punktwert gelte, wie er sich für die jeweilige Honorar(unter)gruppe insgesamt bestimme. Ein subjektives Recht auf angemessene Vergütung bestehe nur sehr eingeschränkt. Die Abschnitt I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM sei richtig angewandt worden. Eine Sonderregelung komme nicht in Betracht. Die kurative und präventive Koloskopie unterfalle nicht dem Regelleistungsvolumen. Die Berechnungsweise des Regelleistungsvolumens erfasse das tatsächliche Leistungsgeschehen einer Praxis sehr zeitnah. Diese Berechnungsweise sei gerade für die fachärztlich-internistische Praxis festgelegt worden, um die durch Wegfall des "KO-Kataloges" einhergehenden Änderungen zu berücksichtigen.

Hiergegen hat die Klägerin am 28.11.2005 die Klage erhoben. Sie trägt ergänzend zum Widerspruchsvorbringen vor, es bestehe ein besonderer Sicherstellungsbedarf. Im benachbarten Ort sei eine Ermächtigung für einen Klinikarzt erteilt worden. Im Jahre 2000 sei ein allgemeinärztlich tätiger Internist gemäß § 73 SGB V für die Koloskopie ermächtigt worden. Eine Fallzahlquotierung sei deshalb nicht gerechtfertigt. Die Aufgabe der Stützung für die Nrn. 763 und 764 EBM zum Quartal IV/02 sei rückwirkend durch einen Beschluss des Vorstandes vom 11.06.2003 erfolgt. Dies verstoße gegen das Rückwirkungsverbot, insbesondere auch deshalb, weil im Rundschreiben 12 vom Dezember 2002 noch etwas anderes kommuniziert worden sei. Falle der Punktwert des Regelleistungsvolumens, so falle auch der

Punktwert der Koloskopie. Hinzu komme, dass die Koloskopie in den einzelnen Honorargruppen unterschiedlich vergütet werde. Für den Bereich der Gastroenterologie sei eine dramatische Mengenentwicklung nicht zu beobachten. Die Mengenentwicklung rühre von einem veränderten Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung her und sei den Ärzten nicht anzulasten. Ab dem Quartal IV/02 habe der Bewertungsausschuss die Bewertung der Koloskopie im EBM von 2.300 auf 4.100 Punkte heraufgesetzt. Die Beklagte habe zum gleichen Zeitpunkt einen eigenen Topf gebildet, so dass die Vergütung einer Koloskopie in Euro jetzt noch niedriger gelegen habe. Diese Korrektur sei erstmal im Juni 2003 bekannt gegeben worden. Mit der Klage werde für die Quartale IV/02 bis II/03 der Differenzbetrag zwischen dem ausgezahlten Honorar und dem Honorar, das ohne die Herabsetzung ausbezahlt gewesen wäre, begehrt. Dies seien 65.094,74 Euro. Ab dem Quartal III/03 richte sich die Klage auf den Punktwertunterschied zwischen den verschiedenen Fachgruppen. Die Nachzahlung hierfür betrage 64.066,67 Euro. Die Zahlen der kurativen Koloskopie hätten nicht wirklich zugenommen.

Die Klägerin beantragt,
unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale IV/02 bis IV/03 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.11.2005, abgeändert durch Bescheid vom 06.08.2007, die Beklagte zu verurteilen, sie über ihre Honoraransprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid. Ergänzend trägt sie vor, das Durchschnittshonorar der Fachgruppe der Klägerin - Internisten mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie - habe sich in den streitbefangenen Quartalen auf 57.194,04 Euro, 67.139,09 Euro, 60.550,81 Euro, 60.794,16 Euro bzw. 68.914,70 Euro belaufen. Die Anzahl der Ärzte habe sich von 27 auf 33 erhöht. Es handele sich um eine unechte Rückwirkung, da die Honorarabrechnung noch nicht erfolgt gewesen sei. Ein schutzwürdiges Vertrauen der von den Änderungen betroffenen Vertragsärzte habe nicht entstehen können. Die Kläger hätten keinen Anspruch auf einen festen Punktwert. Bereits in der im Juni 2002 veröffentlichten Fassung des HVM sei darauf hingewiesen worden, dass lediglich die präventive Koloskopie zu einem Punktwert von 4,45 Cent vergütet werde. Zwar weise die Anlage 2 zu LZ 701 d der Grundsätze der Honorarverteilung/Ersatzkassen noch einen Punktwert von 4,6 Cent für gastroenterologische Leistungen auf, aber in der Anlage 2 zu LZ 702 werde darauf hingewiesen, dass dies vorbehaltlich des abschließenden Ergebnisses der Honorarverteilung für das Jahr 2002 gelte. Im Rundschreiben vom Dezember 2002 habe sie für den Bereich Ersatzkassen auf einen fehlenden Vertragsabschluss hingewiesen. Im Schiedsspruch für das Jahr 2001 im AOK-Bereich sei eine Punktwertfestlegung für die hier strittigen Leistungen nicht mehr erfolgt. Die Abgeordnetenversammlung habe die festen Punktwerte bis zum Quartal III/01 nicht rückwirkend geändert, sondern es bei der zum Quartal IV/01 im Bereich der Primärkassen - mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen - geänderten Honorierung auf Basis der rechnerischen Punktwerte belassen; damit seien diese sog. Strukturleistungen für AOK-Versicherte wieder mit einem floatenden Punktwert bezahlt worden. In ihrem Rundschreiben vom Februar 2003 habe sie auf eine notwendige Änderung ab 01.01.2003 wegen der Beendigung des Vertrages mit der Techniker-Krankenkasse hingewiesen. Darin habe sie auch allgemein auf den Zusammenhang mit entsprechenden Vereinbarungen hingewiesen. Im Rundschreiben vom Mai 2003 habe sie erneut auf den Vorbehalt zu den Vergütungsregelungen und die kommende Abgeordnetenversammlung sowie die vorläufige Umsetzung durch den Vorstand hingewiesen. Im Rundschreiben vom Juni 2003 habe sie auf die Bestätigung der vom Vorstand getroffenen Maßnahmen durch die Abgeordnetenversammlung hingewiesen. Ab dem 01.07.2003 gelte die im Juni beschlossene Änderung der Grundsätze der Honorarverteilung. Die Verträge für das Jahr 2002 seien mit der AOK und den Ersatzkassen erst im Januar 2004 zustande gekommen. Für die Quartale I bis IV/03 gelte eine Stützung auf den mittleren Punktwert, wie im Rundschreiben vom Dezember 2003 bekannt gegeben. Auch eine unechte Rückwirkung sei im Übrigen zulässig, wenn der Rechtsunterworfenen mit einer Änderung habe rechnen müssen. Die Budgetbildung im Rahmen der Honorar(unter)gruppe sei ebf. rechtmäßig. Das Bundessozialgericht habe wiederholt einen insoweit bestehenden Gestaltungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen bestätigt. Der aufgrund unterschiedlicher Ursachen eingetretenen Mengenentwicklung mit einem Punktwerteverfall sei sie mit stützenden Maßnahmen begegnet. Im Übrigen habe die Klägerin in sämtlichen Quartalen ihr Regelleistungsvolumen ausgeschöpft, die unteren Punktwerte lägen unter den für die kurative Koloskopie gezahlten Punktwerte.

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

Entscheidungsgründe:

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

Die zulässige Klage ist auch weitgehend begründet. Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale I bis IV/03 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.11.2005, abgeändert durch Bescheid vom 06.08.2007, sind rechtswidrig und waren daher abzuändern. Insofern war die Regelung des "mittleren Punktwerts" im Rahmen der Topf in Topf-Regelung zu beanstanden. Die Klägerin hat für diese Quartale einen Anspruch auf eine Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Der angefochtene Honorarbescheid für das Quartal IV/02 war aber rechtmäßig und daher nicht abzuändern. Die Klage war deshalb im Übrigen abzuweisen.

Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale I bis IV/03 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.11.2005, abgeändert durch Bescheid vom 06.08.2007, sind rechtswidrig.

Die Fallzahlbegrenzung war, entgegen der Auffassung der Klägerin, jedenfalls insoweit nicht zu beanstanden, als die Beklagte dieser Maßnahme nicht weiter abgeholfen hat. Dies gilt auch für das Quartal IV/02. Die Kammer sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab, da sie hier der Begründung im angefochtenen Widerspruchsbescheid, dort S.4 bis 10, folgt ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)). Die Klägerin hat sich in ihrer Klagebegründung nicht im Einzelnen mit diesen ausführlichen Darlegungen der Beklagten auseinandergesetzt. Soweit die Klägerin auf bestehende Ermächtigung, die zunächst auch der Bedarfsdeckung dienen, verweist, wird nicht dargelegt, weshalb es trotzdem gerade bei ihr zu ansteigenden Fallzahlen gekommen ist und die im Wege der Abhilfe korrigierte Fallzahlbegrenzung unzureichend sein sollte.

Die Beklagte hat für den Bereich der strittigen Koloskopie in allen streitbefangenen Quartalen keinen verbindlichen Punktwert garantiert und auch nicht eine solche Garantie rückwirkend aufgehoben.

Die Beklagte hat durch Beschluss ihrer Abgeordnetenversammlung vom 08. und 22.06.2002 ihre Grundsätze der Honorarverteilung mit Geltung ab dem Quartal IV/02 neu gefasst, veröffentlicht als Teil 3 der Bekanntmachung vom 25.07.2002 (im Folgenden: HVM 2002). Danach werden aus der Gesamtvergütung als Vorwegleistungen vergütet u. a. die die sonstigen Leistungen gemäß Anlagen 1 (Primärkassen), 2 (Ersatzkassen) bzw. 3 (Primär- und Ersatzkassen) zu LZ 701 d, die aufgrund besonderer Regelungen und Vereinbarungen abweichend von den allgemeinen Bestimmungen zu vergüten sind (LZ 701 d HVM 2002). Für den Primärkassenbereich sahen die Anlage 1 und für den Ersatzkassenbereich die Anlage 2 zu LZ 701 d HVM 2002 lediglich für Leistungen im Rahmen der Prävention nach Abschnitt B IX (Nrn. 100 bis 162) EBM, darunter auch nach der zum 01.10.2002 neu eingeführten Nr. 156 EBM, totalen Koloskopie, feste Punktwerte von 4,45 Ct. bzw. 4,86 Ct. vor. Nur für Versicherte der Betriebskrankenkassen sieht der HVM 2002 für die präventive Koloskopie bei Kennzeichnung mit Nr. 763 A einen Punktwert von 4,45 Ct. vor (Anlage 1 zu LZ 701 d). Im Ersatzkassenbereich werden nur für Versicherte der Techniker Krankenkasse alle gastroenterologischen Leistungen nach Nrn. 740, 760, 763 und 764 EBM zu einem Punktwert von 4,60 Ct. in die feste Punktwertvergütung einbezogen. Die Punktwerte sollten aber ggf. zu einer Quote zur Auszahlung kommen, falls sich der abgerechnete Leistungsbedarf gegenüber dem Ausgangszeitraum – jeweiliges Vorjahresquartal – nicht begründbar verändert hat.

Im Übrigen ist im HVM 2002 für die hier strittigen kurativen Koloskopien nach Nr. 764 EBM eine weitere Vorwegvergütung nicht vorgesehen. Der HVM 2002 sieht vielmehr eine Verteilung der Gesamtvergütung nach Fachgruppen vor. Die Klägerin ist danach der Honorar(unter)gruppe B 2.10 "Fachärztlich tätige Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie (VfG 33-01)" zuzuordnen. Der Honorargruppe B 4 werden Leistungen mit festen Punktwerten und Kostenpauschalen gemäß Aufstellung unter Abschnitt II, soweit von Ärzten der fachärztlichen Versorgungsebene abgerechnet, zugeordnet.

Zu den Leistungen mit festen Punktwerten zählten hierbei nach Nr. 2, das ist Abschnitt II, der Anlage 1 zu LZ 702 HVM 2002, aber nur für Betriebskassen, auch gastroenterologische Leistungen nach Nrn. 730 bis 775 EBM zu einem Punktwert von 4,09 Ct. Die Auflistung der Leistungen mit festen Punktwerten nach Nr. 2 der Anlage 1 zu LZ 702 HVM 2002 war in Fn. 6 mit folgendem Vorbehalt versehen: Die Auflistung in Abschnitt II gilt vorbehaltlich des abschließenden Ergebnisses der Honorarverhandlungen mit den Primärkassen (ausgenommen Betriebskassen) für die Jahre 2001 und 2002. Im Ersatzkassenbereich wird für gastroenterologische Leistungen nach Nrn. 730 bis 775 EBM ein fester Punktwert von 4,60 Ct. vorgesehen, ausgenommen Nrn. 741, 760, 763, 764 EBM bei Versicherten der Techniker Krankenkasse. In Fn. 14 für den Ersatzkassenbereich wird dies mit folgendem Vorbehalt versehen: Die Auflistung in Abschnitt II gilt vorbehaltlich des abschließenden Ergebnisses der Honorarverhandlungen für das Jahr 2002.

Im Übrigen gelten die allgemeinen Bestimmungen. Der zur Verfügung stehende Verteilungsbetrag wird nach Maßgabe der Nr. 3 und 4 der Anlage 1 bzw. 2 zu LZ 702 HVM berechnet und auf die Honorargruppen verteilt.

Liegt ein vorläufiger Verteilungspunktwert in einer der Honorar(unter)gruppen B 2.17, B 2.18 und B 2.20 mehr als 10 % bzw. in den Honorar(unter)gruppen B 2.1 bis B 2.16, B 2.19, B 2.21 und B 2.23 mehr als 15 % unter dem vorläufigen mittleren Punktwert der Honorargruppe B 2, so sind zur Sicherung des maximalen Punktwertabstandes von 10 % bzw. 15 % der dann betroffenen Honorar(unter)gruppen Auffüllungsbeträge zu Lasten der gesamten Honorargruppe B 2 (vorab) zur Verfügung zu stellen. Diese mindern damit anteilig den für alle anderen Honorar(unter)gruppen zur Verfügung stehenden prozentualen Honoraranteil am Verteilungsbetrag (Nr. 4.2.2 Abs. 3 Satz 2 u. 3 der Anlage 1 bzw. Anlage 2 zu LZ 702 HVM 2002).

Nr. 6. der Anlage 1 bzw. Anlage 2 zu LZ 702 HVM 2002 bestimmt wiederum, dass, soweit vorstehend feste Punktwerte oder Kostenerstattungen für die Honorierung einzelner Leistungen bzw. Leistungsbereiche genannt sind, diese nach Ablauf eines Vertragszeitraumes unter dem Vorbehalt gelten, dass im Rahmen nachfolgender Vereinbarungen mit den Verbänden der hessischen Primärkrankenkassen entsprechende Vergütungen vereinbart werden können. Soweit entsprechende Regelungen nicht zustande kommen, muss ggf. eine nachträgliche Berichtigung bereits geleisteter Honorarzahlen für die angeführten Leistungen vorgenommen werden.

Im Ergebnis unterliegt damit die Vergütung auch der kurativen Koloskopie in den Quartalen IV/02 bis II/03 im Primärkassenbereich, abgesehen von den Betriebskrankenkassen, der allgemeinen Vergütung unter Bildung eines fachgruppenspezifischen Honorartopfes bei einer Stützungsverpflichtung ab einem Punktwert unterhalb von 15 % zum mittleren Punktwert der fachärztlichen Versorgungsebene und insoweit einem sog. floatenden Punktwert. Im Ersatzkassenbereich gilt dagegen – für den Bereich der Techniker Krankenkasse als Vorwegabzug – ebenso wie für die Betriebskrankenkassen ein fester Punktwert unter Maßgabe des zwischen den Beteiligten umstrittenen Vorbehalts.

Die Beklagte hat durch Beschluss ihrer Abgeordnetenversammlung vom 11.06.2003 ihre Grundsätze der Honorarverteilung mit Geltung ab dem Quartal III/03 neu gefasst, veröffentlicht als Anlage zum Rundschreiben 5/6 der Bekanntmachung vom 25.06.2003 (info.doc Nr. 5/6 Juni 2003) (im Folgenden: HVM 2003). Nach LZ 701 Buchstabe d) HVM werden aus den von den Krankenkassen geleisteten Vergütungen vorweg entsprechend der Aufteilung der Honoraranforderungen auf Primär- und Ersatzkassen sonstige Leistungen gemäß der Anlagen 1 (Primärkassen), 2 (Ersatzkassen) bzw. 3 (Primär- und Ersatzkassen) berücksichtigt, die aufgrund besonderer Regelungen und Vereinbarungen abweichend von den allgemeinen Bestimmungen, gesondert zu vergüten sind.

Nach Anlage 1 kommen aufgrund besonderer Regelungen und Vereinbarungen mit den hessischen Primärkrankenkassen zusätzlich oder abweichend von den allgemeinen Bestimmungen zur Honorierung bzw. Erstattung u. a. nur Leistungen im Rahmen der präventiven Koloskopie nach Nrn. 154, 156, 163 und 164 EBM zu einem Punktwert von 4,45 Ct. Ferner bestimmt Anlage 1, dass, soweit vorstehend feste Punktwerte oder Kostenerstattungen für die Honorierung einzelner Leistungen bzw. Leistungsbereiche genannt sind, diese nach Ablauf eines Vertragszeitraumes unter dem Vorbehalt gelten, dass im Rahmen nachfolgender Vereinbarungen mit den Verbänden der hessischen Primärkrankenkassen entsprechende Vergütungen vereinbart werden können. Soweit entsprechende Regelungen nicht zustande kommen, muss ggf. eine nachträgliche Berichtigung bereits geleisteter Honorarzahlen für die angeführten Leistungen vorgenommen werden. Entsprechende Regelungen enthält Anlage 2 zu einem Punktwert von 4,6 Ct.

Die übrigen Leistungen und damit auch die Leistungen der kurativen Koloskopie unterliegen den Regelungen nach Anlage 1 und 2 zu LZ 702

HVM. Zur Bewertung/Vergütung der für Versicherte der Primär- bzw. Ersatzkassen von allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden hessischen Ärzten, Psychotherapeuten, ärztlich geleiteten Einrichtungen und von Ausbildungsinstituten für Psychologische und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (Psychotherapeuten) erbrachten Leistungen (ausgenommen Leistungen der Universitätspolikliniken, die nach LZ 701 a honoriert werden) wird die geprüfte Gesamthonoraranforderung in, getrennt nach der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsebene, nach Honorargruppen nach Fachgebieten unterteilt. Die Klägerin ist danach der Honorar(unter)gruppe B 2.10 "Fachärztlich tätige Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie (VfG 33-01)" zuzuordnen. Der Honorargruppe B 4 werden Leistungen mit festen Punktwerten und Kostenpauschalen gemäß Aufstellung unter Abschnitt II, soweit von Ärzten der fachärztlichen Versorgungsebene abgerechnet, zugeordnet. Hierzu zählen allerdings nach Nr. 2, d. h. Abschnitt II, u. a. nur gastroenterologische Leistungen nach Nrn. 730 bis 775 EBM, ausgenommen Nr. 763 und 764 EBM, zu einem Punktwert von 4,09 Ct. nur Betriebskrankenkassen – bzw. im Ersatzkassenbereich 4,60 Ct. und damit nicht die hier strittige kurative Koloskopie nach Nr. 764 EBM. Im Übrigen ist die Auflistung der Leistungen mit festen Punktwerten nach Nr. 2 der Anlage 1 bzw. Anlage 2 zu LZ 702 HVM 2002 in Fn. 6 für den Primärkassenbereich mit folgendem Vorbehalt versehen: Die Auflistung in Abschnitt II gilt vorbehaltlich des abschließenden Ergebnisses der Honorarverhandlungen mit den Primärkassen (ausgenommen Betriebskassen) für die Jahre 2001 bis 2003 bzw. in Fn. 14 für den Ersatzkassenbereich mit folgendem Vorbehalt versehen: Die Auflistung in Abschnitt 2 gilt vorbehaltlich des abschließenden Ergebnisses der Honorarverhandlungen für die Jahre 2002 und 2003.

Der zur Verfügung stehende Verteilungsbetrag wird nach Maßgabe der Nr. 3 und 4 der Anlage 1 bzw. 2 zu LZ 702 HVM berechnet und auf die Honorargruppen verteilt. Soweit von einzelnen Primärkassen im aktuellen Vertragsjahr quartalsbezogen Gesamtvergütungsanteile zur Absicherung bestimmter Punktwerte oder aufgrund entsprechender Vorgaben im Rahmen einer Bundesempfehlung (z. B. für koloskopische Leistungen nach Nrn. 763 und 764 EBM) zusätzlich zur Verfügung gestellt werden, erfolgt die Zuweisung dieser Honoraranteile (quartalsbezogen) zur hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsebene nach Maßgabe der Regelungen im jeweiligen Honorarvertrag sowie in Abhängigkeit von den die Leistungen im aktuellen Quartal erbringenden Ärzten und deren Zuordnung zur hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsebene, vorbehaltlich der Sonderregelung für Leistungen gemäß ehemaliger (bis 31.12.2002 gültiger) Anlage zu LZ 207 a ("KO-Leistungen") (Nr. 3 Abs. 5 der Anlage 1 bzw. Anlage 2 zu LZ 702 HVM 2003).

Liegt ein vorläufiger Verteilungspunktwert in einer der Honorar(unter)gruppen B 2.17, B 2.18 und B 2.20 mehr als 10 % bzw. in den Honorar(unter)gruppen B 2.1 bis B 2.16, B 2.19, B 2.21 und B 2.23 mehr als 15 % unter dem vorläufigen mittleren Punktwert der Honorargruppe B 2, so sind zur Sicherung des maximalen Punktwertabstandes von 10 % bzw. 15 % der dann betroffenen Honorar(unter)gruppen Auffüllungsbeträge zu Lasten der gesamten Honorargruppe B 2 (vorab) zur Verfügung zu stellen. Diese mindern damit anteilig den für alle anderen Honorar(unter)gruppen zur Verfügung stehenden prozentualen Honoraranteil am Verteilungsbetrag (Nr. 4.2.2 Abs. 3 Satz 2 u. 3 der Anlage 1 bzw. Anlage 2 zu LZ 702 HVM 2003).

Nr. 6. bzw. Anlage 2 zu LZ 702 HVM 2003 der Anlage 1 bestimmt wiederum, dass, soweit vorstehend feste Punktwerte oder Kostenerstattungen für die Honorierung einzelner Leistungen bzw. Leistungsbereiche genannt sind, diese nach Ablauf eines Vertragszeitraumes unter dem Vorbehalt gelten, dass im Rahmen nachfolgender Vereinbarungen mit den Verbänden der hessischen Primärkrankenkassen entsprechende Vergütungen vereinbart werden können. Soweit entsprechende Regelungen nicht zustande kommen, muss ggf. eine nachträgliche Berichtigung bereits geleisteter Honorarzahlen für die angeführten Leistungen vorgenommen werden.

Im Ergebnis unterliegt damit die Vergütung auch der kurativen Koloskopie in den Quartalen III und IV/03 der allgemeinen Vergütung unter Bildung eines fachgruppenspezifischen Honorartopfes bei einer Stützungsverpflichtung ab einem Punktwert unterhalb von 15 % zum mittleren Punktwert der fachärztlichen Versorgungsebene und insoweit einem sog. floatenden Punktwert.

Damit war in den beiden Honorarverteilungsmaßstäben kein fester Punktwert für den Bereich der kurativen Koloskopie vorgesehen bzw. unter einen Vorbehalt gestellt worden. Hierbei kann dahingestellt bleiben, inwieweit der Vorbehalt Teil der Honorarverteilungsmaßstäbe war, jedenfalls brachten die Vorbehalte hinreichend deutlich zum Ausdruck, dass ein fester Punktwert abhängig war von der vertraglichen Einigung mit den Kassenverbänden. Die Vorbehalte waren damit geeignet, ein Vertrauen in feste Punktwerte nicht aufkommen zu lassen.

Ein Vertrauen entstand auch nicht durch weitere Verlautbarungen der Beklagten oder weiteren Beschlüssen. Vielmehr bestätigten alle Verlautbarungen und Beschlüsse, dass die Höhe der Vergütung im Wesentlichen weiterhin von einer entsprechenden Einigung mit den Kassenverbänden abhing.

Die Kammer hat bereits in der mündlichen Verhandlung die Klägerin darauf hingewiesen, dass auch die Verlautbarung im info.doc vom September 2002, S. 18 auf die Ungewissheit der Vertragslage hingewiesen hat. Für die präventive Koloskopie wird für den Fall des Scheiterns der Verhandlungen dort ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dennoch die Leistungen erbracht werden müssten. Für die Mehrkosten, die durch die Aufwertung der kurativen Koloskopie entstünden, wird lediglich in Aussicht gestellt, dass diese durch eine Erhöhung der Gesamtvergütung in zwei Stufen aufgefangen würden. Insofern müsse der Vorstand der Beklagten in dieser Frage den Punktwert festlegen. Angesichts der einheitlichen Vorgaben für die präventive und kurative Koloskopie, so heißt es weiter, sei anzunehmen, dass der Vorstand sich hier für eine einheitliche Vergütungslösung entscheiden werde. Damit sind aber gerade nicht feste Punktwerte in Aussicht gestellt worden, sondern lediglich Prognosen über die weitere Entwicklung und das Verhalten des Vorstands der Beklagten. Auf solche Prognosen kann aber ein Vertrauen nicht gestützt werden.

Im Rundschreiben vom Dezember 2002, info.doc Nr. 11/12, Seite 24 f. (Bl. 63/64 der Gerichtsakte), hat die Beklagte darauf hingewiesen, dass es im Primärkassenbereich – ausgenommen Betriebskrankenkassen – für die – hier nicht streitbefangenen – Quartale bis III/01 bei den festen Punktwerten verbleibe, ab dem Quartal IV/01 aber im AOK-Bereich wieder nur ein floatender Punktwert bezahlt werde. Im selben Rundschreiben weist die Beklagte auf einen fehlenden Vertragsabschluss im Bereich der Betriebskassen und im Bereich der Ersatzkassen für die Jahre 2000 bis 2002 hin (info.doc Nr. 11/12, Dezember 2002, Seite 31 f. (Bl. 63/64)).

Im Rundschreiben vom Februar 2003 hat die Beklagte nicht nur auf die voraussichtliche vollständige Streichung für den Bereich der Techniker Krankenkasse verwiesen, sondern nochmals darauf, dass die festen Punktwerte zum Teil unter der Maßgabe entsprechender honorarvertraglicher Regelungen mit den einzelnen Verbänden der Krankenkassen in Hessen stehen; wegen des Fehlens der Verträge könne es in Abhängigkeit von dem Ergebnis der Verhandlungen oder der Schiedsamtsentscheidung zu nachträglichen Korrekturen kommen

(vgl. info.doc Nr. 1/2, Februar 2003, Seite 16 f. (Anlage zu Bl. 157)).

Im Rundschreiben vom Mai 2003 hat sie auf den Vorstandsbeschluss hingewiesen, dass die Vergütungsvorgaben unter dem Vorbehalt einer abschließenden Vereinbarung stünden (vgl. info.doc Nr. 3/4, Mai 2003, S. 20 (Anlage zu Bl. 157)). Ferner wies sie auf den Wegfall der Vereinbarung mit der Techniker Krankenkasse hin, weshalb dies zu einer Streichung der Honorierungszusagen in Anlage 2 zu LZ 701 d mit Wirkung ab 01.01.2003 geführt habe. Weiter wies sie auf die Empfehlung auf Bundesebene zur Finanzierung der höheren Bewertung der kurativen Koloskopie nach Nr. 764 EBM hin; der Vorstand habe deshalb entschieden, dass die entsprechenden zusätzlichen Honorarzahungen anteilig den Arzt-/Fachgruppen zuzuführen seien, die die entsprechenden Leistungen im jeweiligen Ausgangszeitraum des Jahres 2001, d. h. vor der Neuregelung erbracht hätten. Ferner habe der Vorstand zunächst beschlossen, dass das bisherige Honorarvolumen sowie anteilig die neuen Honoraranteile in der jeweiligen Honorar(unter)gruppe in einem Budgetsatz zusammengefasst und dem aktuell zur Abrechnung gekommenen Leistungsbedarf gegenüber gestellt werde.

Mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 11.06.2003, veröffentlicht als Teil 2 der Anlage zum Rundschreiben 5/6 der Bekanntmachung vom 25.06.2003 (info.doc Nr. 5/6 Juni 2003) hat diese dann die vom Vorstand auf Basis der Leitzahl 103 beschlossenen Änderungen beraten und bestätigt und rückwirkend zum 01.01.2003 die Regelung zum Vorbehalt einer Vereinbarung ausdrücklich in den HVM aufgenommen. In Anlagen 1 bis 3 zu Leitzahl 701 d bzw. Anlagen 1 und 2 zu Leitzahl 702 Abschnitt 2 wurde am Ende der jeweiligen Regelung eine Ergänzung um nachstehend aufgeführten Absatz mit Wirkung zum 01.01.2003 aufgenommen: "Soweit vorstehend feste Punktwerte oder Kostenerstattungen für die Honorierung einzelner Leistungen bzw. Leistungsbereiche genannt sind, gelten diese nach Ablauf eines Vertragszeitraumes unter dem Vorbehalt, dass im Rahmen nachfolgender Vereinbarungen mit den Verbänden der hessischen Primärkrankenkassen (Verbänden der Ersatzkassen, Landesvertretung Hessen) entsprechende Vergütungen vereinbart werden können. Soweit entsprechende Regelungen nicht zustande kommen, muss ggf. eine nachträgliche Berichtigung bereits geleisteter Honorarzahungen für die angeführten Leistungen vorgenommen werden."

Mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 11.06.2003, veröffentlicht als Teil 2 der Anlage zum Rundschreiben 5/6 der Bekanntmachung vom 25.06.2003 (info.doc Nr. 5/6 Juni 2003) wurde Abschnitt II Anlage 1 zu LZ 702 HVM 2002 dahingehend mit Wirkung ab dem Quartal IV/02 ergänzt, dass von den gastroenterologischen Leistungen für den Bereich der Betriebskrankenkassen mit einem festen Punktwert die Leistungen nach Nr. 763 und 764 EBM herausgenommen werden. Ferner wurde in Abschnitt 4.2.2 Abs. 7 der Anlage 1 bzw. 2 zu LZ 702 HVM 2002 folgende Regelung angefügt: "Für die Leistungen nach Nrn. 763 und 764 EBM gilt im Sinne einer Vorwegregelung innerhalb der jeweiligen Honorar(unter)gruppen ein Budget, ermittelt auf der Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2001 zzgl. anteiliger Zahlungen der Verbände der Krankenkassen gemäß Empfehlungsvereinbarung auf der Bundesebene/regionaler Vergütungsvereinbarung."

In Abschnitt 3. der Anlage 2 zu LZ 702 HVM 2002 wurde (als Abs. 4) folgende Regelung angefügt: "Soweit von einzelnen Ersatzkassen im aktuellen Vertragsjahr quartalsbezogen Gesamtvergütungsanteile zur Absicherung bestimmter Punktwerte oder auf aufgrund entsprechender Vorgaben im Rahmen einer Bundesempfehlung (z. B. für koloskopische Leistungen nach Nrn. 763 und 764 EBM) zusätzlich zur Verfügung gestellt werden, erfolgt die Zuweisung dieser Honoraranteile (quartalsbezogen) zur hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsebene nach Maßgabe der Regelungen im jeweiligen Honorarvertrag sowie in Abhängigkeit von den die Leistungen im aktuellen Quartal erbringenden Ärzten und deren Zuordnung zur hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsebene, vorbehaltlich der Sonderregelung für Leistungen gemäß (ehemaliger bis 31.12.2002 gültiger) Anlage zu LZ 207 a ("KO-Leistungen").

Ferner fügte die Abgeordnetenversammlung Abschnitt 6. der Anlage 1 bzw. 2 zu LZ 702 HVM 2002 neu ein: "Soweit vorstehend feste Punktwerte oder Kostenerstattungen für die Honorierung einzelner Leistungen bzw. Leistungsbereiche genannt sind, gelten diese nach Ablauf eines Vertragszeitraumes unter dem Vorbehalt, dass im Rahmen nachfolgender Vereinbarungen mit den Verbänden der hessischen Primärkrankenkassen entsprechende Vergütungen vereinbart werden können. Soweit entsprechende Regelungen nicht zustande kommen, muss ggf. eine nachträgliche Berichtigung bereits geleisteter Honorarzahungen für die angeführten Leistungen vorgenommen werden."

Mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 11.06.2003, veröffentlicht als Anlage zum Landesrundschreiben/Bekanntmachung vom 15.12.2003 wurde Abschnitt 4.2.2 Abs. 7 der Anlage 1 bzw. 2 zu LZ 702 HVM 2002 mit Wirkung für die Quartale I bis IV/03 dahingehend ergänzt, "Für die Leistungen nach Nrn. 764 EBM gilt in den Quartalen 1/03 bis 4/03 im Sinne einer Vorwegregelung innerhalb der jeweiligen Honorar(unter)gruppen der mittlere Punktwert, wie er sich für die jeweilige Honorar(unter)gruppe insgesamt bestimmt. Zur Finanzierung dieser Regelung sind die von den Verbänden der Krankenkassen (Ersatzkassen) gemäß Empfehlungsvereinbarung auf der Bundesebene/regionaler Vergütungsvereinbarungen geleisteten Vergütungsanteile anteilig den einzelnen Honorar(unter)gruppen zuzuordnen."

Damit konnte kein Vertrauen auf einen festen Punktwert für kurative Koloskopieleistungen entstehen.

Der HVM ist – abgesehen vom zuletzt genannten Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 11.06.2003 zur Ergänzung des Abschnitts 4.2.2 Abs. 7 der Anlage 1 bzw. 2 zu LZ 702 HVM 2002 mit Wirkung für die Quartale I bis IV/03 - hinsichtlich der Vergütung der strittigen gastroenterologischen Leistungen mit der Regelung des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) und dem aus [Art. 12 Abs. 1 i. V. m. Art. 3 Abs. 1 GG](#) herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit sowie mit der diese Vorgaben konkretisierenden Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) vereinbar.

Ein HVM kann eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Teilbudgets vorsehen und es damit ermöglichen, dass die kassen- und vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem EBM im selben Verhältnis, sondern, abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich, unterschiedlich hoch vergütet werden. Der gemäß [§ 87 Abs. 1](#) und 2 SGB V als gesetzlicher Bestandteil des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) und des Arzt-/Ersatzkassenvertrages (EKV-Ärzte) vereinbarte Bewertungsmaßstab bildet zunächst nur die Grundlage für die Leistungsabrechnung der an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Inwieweit er darüber hinaus als Vergütungs- und/oder Verteilungsmaßstab den konkreten Honoraranspruch des Arztes bestimmt, hängt von der Art des für die Berechnung der Gesamtvergütung einerseits und des für ihre Verteilung unter die Kassen- und Vertragsärzte andererseits festgelegten Systems ab. Die gesetzlichen Vorschriften über die Honorarverteilung sehen eine Bindung an den EBM in dem Sinne, dass er als Verteilungsmaßstab übernommen werden müsste, nicht vor. [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) bestimmt zwar, dass bei der Verteilung der

Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen sind, was für den Regelfall eine Verteilung nach Einzelleistungen auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nahelegt. Damit ist jedoch nicht gesagt, dass Art und Umfang der ärztlichen Leistungen stets das alleinige Verteilungskriterium bilden müssen. Vielmehr kann die KÄV im Rahmen ihrer Satzungsautonomie des ihr vom Gesetz eingeräumten Handlungsspielraums daneben auch andere Gesichtspunkte und Umstände berücksichtigen, auch wenn dadurch im Ergebnis von den Bewertungen des EBM abgewichen wird. Die Bildung einer Honorargruppe hat zwar zur Folge, dass bei steigender Leistungsmenge der Verteilungspunktwert sinkt und die einzelne Leistung geringer honoriert wird. Die dem Arzt zustehende Vergütung wird aber weiterhin unter Zugrundelegung der von ihm nach den Bestimmungen des Bewertungsmaßstabes abgerechneten Punktzahlen und damit auf der Grundlage der konkret erbrachten Leistungen ermittelt. Dass infolge der Kontingentierung Leistungen im Ergebnis unterschiedlich vergütet werden, lässt das Gesetz zu. Die vom Gesetz im Grundsatz vorgeschriebene leistungsproportionale Verteilung gewährleistet nur, dass die ärztlichen Leistungen "prinzipiell gleichmäßig" vergütet werden. Das schließt indessen nicht aus, dass der normsetzenden Körperschaft ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen verbleibt. Die Einräumung einer begrenzten Verteilungsautonomie soll es den KÄVen ermöglichen, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen gerecht zu werden und auf die vielfältigen Erfordernisse der Praxis, die u. U. nur vorübergehend oder regional begrenzt auftreten und sich einer vorausschauenden Erfassung durch den Gesetzgeber entziehen, mit dem Mittel der Honorarverteilung angemessen zu reagieren. Zu den anderen Zwecken, die eine KÄV neben dem Ziel einer gleichmäßigen Honorierung der ärztlichen Leistungen mit der Honorarverteilung zulässigerweise verfolgen darf, gehört es, die auf gesamtvertraglicher Ebene in den Vergütungsbeziehungen zwischen KÄV und Krankenkassen getroffenen strukturellen Entscheidungen zur Vergütung, insbesondere dort vereinbarte Leistungsmengenbegrenzungen über die Honorarverteilung in geeigneter Weise an die betroffenen Ärzte weiterzugeben (vgl. BSG v. 29.09.1993 - [6 RKA 65/91](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#) = [BSGE 73, 131](#) = MedR 1994, 289 = USK 93143, juris Rdnr. 19 - 23). Das BSG hat wiederholt die Weite der Gestaltungsfreiheit des Normgebers bei der Ausformung von Honorarverteilungsregelungen betont, aber auch deren Grenzen beschrieben. Danach sind - die Vorgabe leistungsproportionaler Vergütung in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) modifizierend - Honorarbegrenzungen zulässig, um einerseits den Vertragsärzten für einen Großteil ihrer Leistungen stabile Punktwerte zu gewährleisten und ihnen so zu ermöglichen, ihr zu erwartendes vertragsärztliches Honorar genauer abzuschätzen (sog Kalkulationssicherheit), und um andererseits zu erreichen, dass auch bei steigenden Leistungsmengen die Honorierung im Rahmen des begrenzten Gesamtvergütungsvolumens bleibt. Die Art und Weise der Ausformung der dafür erforderlichen Begrenzungen liegt in der Gestaltungsfreiheit der KÄV, die dafür vielfältige Möglichkeiten hat (vgl. BSG, Urt. v. 28.03.2007 - [B 6 KA 10/06 R](#) - juris Rdnr. 17 m. w. N.). Das BSG hat die Bildung von Honorarkontingenten für die einzelnen Arztgruppen als rechtmäßig angesehen. Als eine ausreichende sachliche Rechtfertigung für die Bildung von Honorartöpfen kommt insbesondere das Bestreben in Betracht, dass die in [§ 85 Abs. 3 bis 3c](#) sowie in [§ 71 Abs. 1](#) und 2 SGB V normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw. Leistungsbereichen möglichst gleichmäßig auswirken und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern. Dadurch werden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihr zu erwartendes vertragsärztliches Honorar sicherer abschätzen können (vgl. BSG, Urt. v. 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) = [GesR 2005, 567](#), juris Rdnr. 18).

Von daher war von der Kammer nicht zu beanstanden, dass im Ergebnis aufgrund der Bildung verschiedener Honorarkontingente für die Leistung der Koloskopie unterschiedliche Vergütungen bezahlt werden. Die Beklagte war im Rahmen ihres Gestaltungsspielraums auch berechtigt, die Mehrvergütung aufgrund der Neuregelung der koloskopischen Leistungen anteilig auf die einzelnen Honorarkontingente auf des früheren Leistungsgeschehens zu verteilen. Eine besondere Zunahme von Ärzten in der Fachgruppe der Klägerin war seinerzeit nicht zu verzeichnen. Die Fachgruppe der Gastroenterologen bestand im Quartal IV/01 zunächst aus 27 Vertragsärzten, diese Zahl sank dann ab und war erst im Quartal IV/02 und I/03 wieder auf dem Stand von 27 Behandlern. Erst in den Quartalen III und IV/03 stieg die Zahl der Behandler auf 30 bzw. 33 an. Im Übrigen galt für alle streitbefangenen Quartale, dass bei dem Wechsel eines Vertragsarztes in eine andere Honorargruppe das Honorarkontingent der Praxis mitgenommen wurde.

Die Honorarbescheide für die Quartale I bis IV/03 waren aber zu beanstanden, soweit sie auf den Regelungen aufgrund des Beschlusses der Abgeordnetenversammlung vom 11.06.2003, veröffentlicht als Anlage zum Landesrundsreiben/Bekanntmachung vom 15.12.2003, beruhen, durch den Abschnitt 4.2.2 Abs. 7 der Anlage 1 bzw. 2 zu LZ 702 HVM 2002 mit Wirkung für die Quartale I bis IV/03 ergänzt wurde. Durch diesen Beschluss wurden für die Leistungen nach Nrn. 764 EBM die zwischen den Beteiligten strittige Topf in Topf-Regelung eingeführt. Für die Leistungen nach Nrn. 764 EBM galt danach im Sinne einer Vorwegregelung innerhalb der jeweiligen Honorar(unter)gruppen der mittlere Punktwert, wie er sich für die jeweilige Honorar(unter)gruppe insgesamt bestimmt. Zur Finanzierung dieser Regelung waren die von den Verbänden der Krankenkassen (Ersatzkassen) gemäß Empfehlungsvereinbarung auf der Bundesebene/regionaler Vergütungsvereinbarungen geleisteten Vergütungsanteile anteilig den einzelnen Honorar(unter)gruppen zuzuordnen.

Die Kammer hält zunächst die Beklagte grundsätzlich für befugt, eine solche Topf in Topf-Regelung einzuführen.

Die KÄV kann im Rahmen der ihr nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) obliegenden Honorarverteilung auch gesonderte Vergütungskontingente für bestimmte Leistungen zu bilden (vgl. BSG, Urt. v. 08.03.2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#) = [BSGE 86, 16](#) = [MedR 2000, 543](#) = [NZS 2001, 107](#) = USK 2000-108, juris Rdnr. 34). Hier war eine solche Topf in Topf-Regelung möglicherweise auch deshalb angezeigt, um die von den Krankenkassen wegen der Neuregelung des koloskopischen Bereichs geleistete zusätzliche Gesamtvergütung auch diesem Leistungsbereich zukommen zu lassen. Allerdings war zum Zeitpunkt der Neuregelung bereits absehbar, dass diese Mehrvergütung nicht ausreichen würde. Nach Auffassung der Kammer hatte dabei die Topf in Topf-Regelung in Verbindung mit einer Vergütung eines "mittleren Punktwerts, wie er sich für die jeweilige Honorar(unter)gruppe insgesamt bestimmt", vor allem dem Zweck, die 15-%-Stützungsregelung für die gesamte Honoraruntergruppe bzw. der Leistungen nach Nr. 764 EBM zu umgehen. Nachdem es der Beklagten nicht mehr gelungen war, von den Krankenkassen eine extrabudgetäre Vergütung für die gastroenterologischen Leistungen zu erhalten, diente die Einbeziehung dieser Leistungen in die fachgruppenspezifische Honorargruppe dazu zu verhindern, dass sich eine eventuelle überproportionale Mengenausweitungen in diesem Leistungsbereich auf die Vergütung in anderen Honorargruppen auswirkte. Der hier geschaffene "mittlere Punktwert" ist gerade nicht der mittlere Punktwert, der für die Stützungsmaßnahmen, die 15 %-Regelung herangezogen wird. Dieser "mittlere Punktwert" wird so nur für die Koloskopie berechnet. Der andere mittlere Punktwert, der für die Stützungsregelung herangezogen wird, betrifft alle HG 2-Leistungen ohne die Koloskopie, von allen Fachgruppen. Bei dem mittleren Punktwert für die Koloskopie werden zunächst nur die Fachgruppen berücksichtigt, die überhaupt Koloskopieleistungen erbringen. Damit wird gerade die Erbringung von Koloskopieleistungen nach Nr. 764 EBM gegenüber allen anderen Leistungen benachteiligt. Dies widerspricht dem Grundsatz der

Honorarverteilungsgerechtigkeit. Gründe hierfür, abgesehen davon, von der allgemeinen Stützungsverpflichtung abzuweichen, ohne dies im Übrigen eindeutig zu regeln, was schon im Hinblick auf das Gebot der Normenklarheit erforderlich gewesen wäre, sind hierfür nicht ersichtlich. Die Beklagte wird daher bei einer Neubescheidung den allgemeinen mittleren Punktwert, der auch für die Stützungsmaßnahme gilt, zugrunde zu legen haben.

Einen weitergehenden Honoraranspruch hat die Klägerin nicht.

Die Klägerin hat auch keinen weiter gehenden Honoraranspruch aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#). Danach ist die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der KÄVen 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. Bei einer zu niedrigen Bewertung lediglich einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe ist dies regelmäßig nicht der Fall (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breith 2005, 817, juris Rdnr. 129 ff.). Gründe hierfür sind von der Klägerin nicht dargelegt worden und sind der Kammer nicht ersichtlich. Eine besondere Vergütung für eine Einzelleistung kann damit erst recht nicht verlangt werden.

Aus den genannten Gründen war der Honorarbescheid für das Quartal IV/02, in der die einzig von der Kammer beanstandete Regelung nicht galt, rechtmäßig und daher die Klage im Übrigen abzuweisen.

Nach allem war der Klage im tenorierten Umfang stattzugeben und war sie im Übrigen abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung in [§ 155 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil hat die Verfahrenskosten zu tragen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2011-02-07