

S 12 KA 336/07

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 336/07

Datum
22.10.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 120/08

Datum
15.08.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Regelungen zur Vergütung der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2005 im Honorarverteilungsvertrag der KV Hessen für die Quartale ab II/05, nach denen der Punktwert von 4 Ct. quotiert werden kann, soweit der Verteilungsbetrag hierfür nicht ausreicht, wobei der quotierte Punktwert den für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens nicht unterschreiten darf, ist nicht zu beanstanden (Bestätigung des Kammerurteils v. 24.09.2008 - [S 12 KA 35/08](#) -).

Für das Quartal II/05 besteht für Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2005 kein Vertrauensschutz im Sinne einer vorweg garantierten Mindestvergütung.

1. Der Honorarbescheid für das Quartal II/05, abgeändert durch den Bescheid vom 02.05.2007 und in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.07.2007 wird abgeändert. Die Beklagte wird verpflichtet, die Klägerin unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihren Honoraranspruch neu zu bescheiden.

2. Die Klägerin hat 9/10, die Beklagte 1/10 der Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat 1/10 der notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für das Quartal II/05.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxissitz in A-Stadt im Taunus. Ihr gehören drei Internisten an. Herr Dr. E ist seit dem 02.01.1998 als Internist mit Schwerpunkt Gastroenterologie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Herr Dr. W. ist seit dem 01.10.2000 als Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie zugelassen; seit dem 01.01.2006 erstreckt sich sein Zulassungsstatus nicht mehr auf die Schwerpunktbezeichnung. Seit 01.10.2000 führen beide die Gemeinschaftspraxis. Herr Dr. F ist zum 01.04.2005 in die Gemeinschaftspraxis als Internist mit den Schwerpunkten Gastroenterologie und Hämatologie/Internistische Onkologie in die Gemeinschaftspraxis eingetreten. Die Beklagte führt die Gemeinschaftspraxis im Rahmen der Honorarverteilung unter der Honorargruppe B 2.7 und ordnet sie abrechnungstechnisch der Fachgruppe/Arztgruppe VFG-VTG 33-01 zu.

Im streitbefangenen Quartal setzte die Beklagte das Honorar der Klägerin mit Honorarbescheid fest. Aufgrund abrechnungstechnischer Fehler in der EDV-Aufbereitung ersetzte sie den Honorarbescheid vom 22.01.2006 durch den Honorarbescheid vom 29.06.2006. Die Festsetzungen im Einzelnen im Honorarbescheid vom 29.06.2006 ergeben sich aus nachfolgender Übersicht:

II/05
Nettohonorar gesamt in EUR 149.771,26
Bruttohonorar PK + EK in EUR 151.207,75
Fallzahl PK + EK 1.501
Angefordertes Honorar Basis EBM 2005 in EUR 261.330,17
Anerkannte Honorarforderung nach Anw. HVV in EUR 261.330,17
RLV Allg. Leistungen Oberer Punktwert PK/EK in Ct. 2.502/3,173
Ziff. 13421 EBM 2005 Punktwert PK/EK in Ct. 2.502/3,173

Fallzahlabhängige Quotierung Ziff. 5.2.1 HVV
Fallzahlgrenze 2.190

Aktuelle Fallzahl 1.488

Quote -

Regelleistungsvolumen Ziff. 6.3 HVV

Fallwert 1.243,0

Fallzahl 1.488

Praxisbezogenes RLV in Punkten 1.849.584,0

Abgerechnetes Honorarvolumen in Punkten 2.093.770,0

Überschreitung in Punkten 244.186,0

Ausgleichsregelung Ziff. 7.5 HVV

Referenz-Fallzahl 1.368

Referenz-Fallwert EUR 58,9490

Aktueller Fallwert EUR 68,0523

Korrekturbetrag je Fall EUR 6,1573

Korrekturbetrag gesamt in EUR 9.242,08

Die Klägerin legte gegen den Honorarbescheid am 15.02.2006 Widerspruch ein. Sie trug vor, aufgrund der "Topf im Topf"-Regelung werde die Koloskopie bei ihr mit 2,4 Cent pro Punkt, bei den Internisten ohne Teilgebiet mit 3,2 Cent pro Punkt und bei den Kardiologen mit 10 Cent bewertet. Diese Ungleichbehandlung sei willkürlich und auch durch die bisherige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht zu rechtfertigen. Die Quotierung widerspreche der Bundesempfehlung. Die Koloskopie solle danach außerhalb der Regelleistungsvolumina und mit festen Punktwerten vergütet werden. Die Quotierung sei erst im Nachhinein festgelegt worden, sodass sie auch gegen das Rückwirkungsverbot verstoße. Sie habe im Jahr 2005 die Praxis erweitert im Vertrauen darauf, dass es dabei bleibe, dass die Koloskopie nicht quotiert sei. Die Regelleistungsvolumina entsprächen nicht den gesetzlichen Vorgaben. Sie berücksichtigten nicht, dass es sich bei ihnen um eine fachinternistische Praxis handle, bei der die Gastroenterologie einen wichtigen Schwerpunkt darstelle. Schon aus Gründen der Sicherstellung müssten diese Leistungen erbracht werden. Eine Leistungserbringung zum Punktwert von 0,5 Cent sei rechtswidrig, da es um überwiegend technische Leistungen gehe, die mit diesem Entgelt nicht finanzierbar seien. Sie beantrage zugleich aus Gründen der Sicherstellung eine Aussetzung der Regelleistungsvolumina bzw. eine wesentliche Erhöhung. Aufgrund der scharfen Qualitätsanforderungen habe sich die Zahl derjenigen Ärzte, die diese Leistungen noch erbrächten, drastisch reduziert. Es könne nicht sein, dass sie zu einer höheren Qualitätssicherung verpflichtet werde, gleichzeitig aber der Punktwert aber so ver falle, dass die überwiegend technischen Leistungen nicht mehr finanzierbar seien. Aufgrund des neuen Honorarbescheides führte sie ergänzend aus, auch für sie gelte die Regel, dass bei einer Abweichung von 15 % eine Einzelfallentscheidung zu treffen sei. Honorareinbußen von 15 % und mehr seien unzumutbar. Die Quotierung der Koloskopie (Ziffer 13421) gemäß § 6 Abs. 6.4 HVV sei seinerzeit nicht bekannt gegeben worden, sondern liege erst jetzt dem Abrechnungsbescheid zugrunde. Sie habe die Praxis ausgeweitet und einen dritten Partner aufgenommen. In ihrer Nachbarschaft sei eine Ermächtigung erteilt worden. Die Regelleistungsvolumina seien ebenfalls quotiert worden. Auch insofern sei die Grenze von 15 % längst unterschritten. Für die Koloskopie bestehe eine Sicherstellungsproblematik. Neuerdings sei sogar einem Allgemeinarzt die Erbringung dieser Leistungen gestattet worden. Der Widerspruchsausschuss habe deshalb die fallzahlabhängige Quotierung gemäß Leitzahl 505 aus dem Jahr 2003 ausgesetzt. Die Honorargruppe B 2.7 (fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie) sei aufzulösen. Diese Honorargruppe sei so klein geworden, dass eine vernünftige Honorierung nicht mehr möglich sei. Diese Gruppe sollte in die Honorargruppe B 2.13 eingegliedert werden. Der neue EBM ziele auf eine Neubewertung der Leistungen. Der Geldfluss zwischen den verschiedenen Fachgruppentöpfen bewirke eine diesem Ziel zuwider laufende Entwicklung. Die Kürzung des Honorars um 9.200,00 EUR unter Bezug auf die 5 %-Regelung sei angesichts der Sicherstellungsproblematik eindeutig rechtswidrig.

Die Beklagte gab mit Bescheid vom 02.05.2007 dem Antrag auf eine Sonderregelung im Rahmen der Honorarverteilungsvorgaben für die Quartale II/05 bis I/06 insoweit statt, als sie für diese Quartale auf die Durchführung der +/- 5 % Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV verzichtete. Den Antrag auf eine Sonderregelung im Rahmen der Fallzahlbegrenzung nach Ziffer 5.2 HVV des Regelleistungsvolumens nach Ziffer 6.3 HVV lehnte sie für die Quartale II/05 bis IV/06 ab, ebenso die Ausnahme von der Ausgleichsregelung für die Quartale II/06 bis IV/06. Zur Begründung verwies sie auf die Regelungen im HVV und führte weiter aus, die Honorarsituation der Klägerin stelle sich in den Quartalen II/05 bis III/06 wie folgt dar:

Quartal praxisbezogenes RLV abgerechnetes Honorarvolumen Überschreitung

II/05 1.849.584,0 2.093.770,0 244.186,0

III/05 2.002.923,0 2.314.098,5 311.175,5

IV/05 1.857.471,0 2.332.815,5 475.344,5

I/06 2.341.864,0 2.570.677,0 228.813,0

II/06 2.289.267,0 2.277.424,5 0,0

III/06 2.193.025,5 2.418.112,5 225.087,0

Die Leistungen nach der Ziffer 13421 EBM 2005 seien dem Leistungsbereich 4.1 zugewiesen und unterlägen nicht dem Regelleistungsvolumen, sondern würden innerhalb der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe als Vorwegleistung vergütet werden. Insoweit sei dem HVV unter Ziffer 6.4 zu entnehmen, dass eine Bewertung zu einem Punktwert von 4,0 Cent – vorbehaltlich einer ggf. erforderlichen Quotierung – erfolge. Im info.doc – März 2005 sei dargelegt, dass für die Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 764 die bisherige Sonderregelung mit einem eigenständigen Honorierungsanteil innerhalb der jeweiligen arzt-/fachgruppen-bezogenen Honorar(unter)gruppe auch nach Einführung des Regelleistungsvolumens in die Gesamtvergütungsstruktur weiter geführt werde. Dies resultiere aus einer Rahmenempfehlung von Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV, die die Vergütung zu einem festen Punktwert vorgesehen habe, der bereits in der Vergangenheit als quotierter Punktwert in die Abrechnung der Leistungen eingegangen sei. An der Systematik habe sich mithin nichts verändert, was den Ausführungen im info.doc zu entnehmen gewesen sei. Eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen komme nur aus Gründen der Sicherstellung in Betracht. Ein Sicherstellungsproblem bezüglich der gastroenterologischen Leistungen sei für das Gebiet in und um A-Stadt nicht zu konstatieren. In unmittelbarer Umgebung erbringe ein weiterer Internist mit Schwerpunkt Gastroenterologie seit dem 01.07.2005 entsprechende Leistungen. Zudem seien weitere fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt in A-Stadt bzw. angrenzenden Ortschaften niedergelassen, die Gastroskopen und Koloskopien abrechneten. Feststellungen einer

Sicherstellungsproblematik bezögen sich auf in der Vergangenheit liegende Quartale und könnten auf die aktuelle Versorgungssituation nicht übertragen werden. Zudem sei seit dem 01.04.2005 zu berücksichtigen, dass in die Prüfung der Versorgungslage ein Radius von 50 km einzubeziehen sei. Hinzu komme ein weiterer Gastroenterologe im ca. 17 km entfernten AD ... Bezüglich der Ausgleichsregelung sei eine entsprechende Vergleichbarkeit der Fallwerte in den Quartalen II/05 bis I/06 nicht gegeben, weil sich die Praxiskonstellations geänderte habe und Herr Dr. F aufgrund seines Schwerpunktes Hämatologie das Leistungsspektrum erweitert habe. Ab dem Quartal II/06 stelle sich das Problem nicht mehr, da insoweit eigene Daten vorlägen. Gegen diesen Bescheid legte die Klägerin Widerspruch ein.

Die Klägerin erhob am 02.04.2007 vor der Kammer Untätigkeitsklage zum Aktenzeichen S 12 KA 105/07, das die Beteiligten übereinstimmend nach Erlass des Widerspruchsbescheides für erledigt erklärten.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 11.07.2007, der Klägerin am 13.07. zugestellt, den Widerspruch als unbegründet zurück. Darin führte sie aus, sie sei an den EBM gebunden. Der Bewertungsausschuss habe mit Beschluss vom 29.10.2004 u. a. die Einführung der Regelleistungsvolumina zum 01.04.2005 festgesetzt. Damit habe er der gesetzlichen Neuregelung Rechnung getragen, wonach u. a. arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen seien, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit einem festen Punktwert zu vergüten seien (Regelleistungsvolumina). Diese Vorgaben habe sie mit den Landesverbänden der Krankenkassen im Honorarverteilungsvertrag umgesetzt. Gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 HVV seien für die Klägerin folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen festgelegt worden:

RLV-Fallpunktzahl Primärkassen Ersatzkassen

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

Fallpunktzahl Gastroenterologen 674 (2 x) 589 (2 x) 794 (2 x) 817 (2 x) 719 (2 x) 918 (2 x)

Fallpunktzahl Hämatologen 1.556 1.387 1.652 2.059 1.820 2.179

arithmet. Mittelwert 968 855 1.080 1.231 1.086 1.338

Fallpunktzahl inkl. GP-Zuschlag 1.098 985 1.210 1.361 1.216 1.468

Die Leistungen nach Ziffer 13241 EBM 2005 seien dem Leistungsbereich 4.1 zugewiesen und unterlägen somit nicht dem Regelleistungsvolumen, sondern würden innerhalb der Arzt-/Fachgruppe als Vorwegleistung vergütet werden. Vorbehaltlich einer ggf. erforderlichen Quotierung erfolge die Bewertung zu einem Punktwert von 4,0 Cent. Im info.doc - März 2005 sei rechtzeitig auf die Regelung hingewiesen worden. Die Punktwerte für Leistungen der kurativen Koloskopie nach Ziffer 13421 EBM 2005 ambulant hätten im Quartal II/05 für die Fachgruppe der Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie (vor Abzug EHV, nach Abzug Honorarbereich C) für den Primärkassenbereich bei 2,642 Cent und für den Ersatzkassenbereich bei 3,351 Cent gelegen. Der Honorarverteilungsvertrag sehe eine Vergütung innerhalb der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe vor. Bedenken gegen diese Vorgehensweise bestünden nicht. Sie könne auch nicht einseitig von den Vorgaben abweichen. Die Frage einer Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen sei mit dem Bescheid vom 02.05.2007 abgelehnt worden. Das Regelleistungsvolumen führe auch nicht zum Ausschluss der Vergütung, sondern es erfolge eine Bewertung der überschreitenden Honorarforderung mit einem unteren Punktwert. Dieser habe im Quartal II/05 für den Primärkassenbereich 0,493 Cent und für den Ersatzkassenbereich 0,497 Cent betragen. Dies entspreche der Vorgabe des Bewertungsausschusses, wonach die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergüten sei. Eine Sonderregelung komme nur aus Gründen der Sicherstellung in Betracht, die für das Gebiet in und um A-Stadt nicht vorlägen. Es seien weitere fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt in A-Stadt bzw. angrenzenden Ortschaften niedergelassen, die Gastroskopen und Koloskopien abrechneten. Die Anerkennung einer Sicherstellungsproblematik gelte nur für frühere Quartale. Auch sei nunmehr in die Prüfung der Versorgungslage ein Radius von 50 km einzubeziehen. Die Ausgleichsregelung gemäß Ziffer 7.5 HVV habe man inzwischen ausgesetzt. Bezüglich der Größe der Honorargruppe weise sie darauf hin, dass der jeweilige Punktwert einer Honorargruppe sich errechne, indem zunächst die Honorarforderungen aller Vertragsärzte zu einem rechnerischen Punktwert der vorhandenen Gesamtvergütung gegenüber gestellt werden. Soweit die Gesamtvergütung nicht ausreiche, um die Honorarforderungen mit diesem Punktwert zu befriedigen, seien Nachforderungen an die Krankenkassen ausgeschlossen. Vielmehr müsse eine Quotierung erfolgen, die schließlich im Ergebnis zu dem ausgezahlten Punktwert geführt habe. Diese Art der Vergütung sei durch die Rechtsprechung der Sozialgerichte seit langem als rechtmäßig bestätigt worden, so durch Urteil des Bundessozialgerichts vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -.

Hiergegen hat die Klägerin am 27.07.2007 die Klage erhoben. Sie trägt vor, die festgelegten Regelleistungsvolumina hätten mit ihrer tatsächlichen Tätigkeit eigentlich nichts zu tun. Typische Leistung sei die Gastroskopie, die mit 2.315 Punkten zu bewerten sei. Bei einem ausgeschöpften Regelleistungsvolumen ergebe sich ein Honorar von knapp 15,00 EUR. Allein die Kosten der Gastroskopie ohne Arztlohn beliefen sich auf 45,00 EUR, so dass die meisten Gastroenterologen in Hessen den Schwerpunkt abgegeben hätten. Es bestünden derzeit Wartezeiten für eine Magenspiegelung von zwei bis vier Monaten. Die Versorgung sei aufgrund der schlechten Vergütung gefährdet. Die Vergütung müsse korrigiert werden. Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses sei die kurative Koloskopie mit einem festen Punktwert von 4 Cent zu bewerten. Entsprechend habe die Beklagte auch im info.doc - März 2005 informiert. Acht Monate später habe es dann in der Bekanntmachung vom 02.11.2005 (Seite 16) erstmals geheißen, Leistungen der kurativen Koloskopie würden zu einem Punktwert von 4 Cent (vorbehaltlich einer ggf. erforderlichen Quotierung) vergütet werden. Daraus folge, dass die Beklagte rückwirkend das Honorar abgeändert habe. Dies widerspreche der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. In ihrem Planungsbereich bestehe ein spezieller Versorgungsbedarf. Dies beweise eine Ermächtigung für einen Klinikarzt und eine Genehmigung gemäß [§ 73 Abs. 1](#) a SGB V zugunsten eines hausärztlich tätigen Internisten. Deshalb habe die Beklagte die Quotierung gemäß Leitzahl 505 HVV aus dem Jahre 2003 ausgesetzt. Das Regelleistungsvolumen beende diese Aussetzung, obwohl der Versorgungsbedarf fortbestehe. Im Bereich der Gastroenterologie habe es eine Mengenausweitung nicht gegeben. Seit dem Jahr 2005 sei die Abrechnung völlig intransparent. Der Anstieg des Punktwertes nach dem EBM 2005 sei gewollt und korrespondiere auch mit der deutlich erhöhten Qualitätssicherung. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 sei in Hessen nicht umgesetzt worden. Die alten Töpfe aus 2003 und 2004 seien falsch berechnet worden. Fachgruppenwechsler und Teilkoloskopien seien vergessen worden. Die rechtswidrige Topf-in-Topf-Regelung aus dem Jahr 2003 werde fortgeschrieben. Die alte Individualbudgetierung sei fortgeführt worden; dies zeige das im Vergleich mit den Internisten ohne Schwerpunkt niedrigere Regelleistungsvolumen trotz der relativ teuren Gastroskopen. Die von 1.400 auf 2.350 Punkte gestiegene Höherbewertung der Gastroskopie sei nicht berücksichtigt worden.

Die Klägerin beantragt,
unter Abänderung des Honorarbescheides für das Quartal II/05, abgeändert durch den Bescheid vom 02.05.2007 und in Gestalt des

Widerspruchsbescheides vom 11.07.2007 die Beklagte zu verurteilen, sie über ihren Anspruch auf das Honorar für das Quartal II/05 neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Unter Verweis auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid trägt sie ergänzend vor, eine Änderung von Regelungen der Honorarverteilung für noch nicht abgerechnete Quartale stellten regelmäßig keinen Eingriff in bereits abgeschlossene Sachverhalte dar. Maßgeblich sei der Honorarverteilungsvertrag. In info.doc Nr. 2 vom März 2005 werde nur vorgesehen, dass generell ein Punktwert von 4,0 Ct. zugrunde zu legen sei. Dies schließe eine Quotierung nicht aus. Auf S. 37 habe sie ferner auf die noch fehlende Zustimmung der Krankenkassenverbände hingewiesen. Das Gesetz und der Beschluss des Bewertungsausschusses sähen ein entsprechendes Regelleistungsvolumen vor. Sicherstellungsgründe lägen nicht vor. Zum 14.05.2008 seien in Hessen 51 Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie tätig. Am 14.05.2006 seien 54 Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie tätig gewesen. Das Durchschnittshonorar der Gastroenterologen habe im Quartal II/05 60.044,35 EUR betragen. Fachgruppenwechsler seien nicht "vergessen" worden. Auch für Leistungen der kurativen Koloskopie bestehe eine Stützungsverpflichtung.

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 begründet.

Der Honorarbescheid für das Quartal II/05, abgeändert durch den Bescheid vom 02.05.2007 und in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.07.2007 ist rechtswidrig und war daher abzuändern. Die Beklagte ist verpflichtet, die Klägerin unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihren Honoraranspruch neu zu bescheiden.

Der Honorarbescheid für das Quartal II/05, abgeändert durch den Bescheid vom 02.05.2007 und in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.07.2007 ist rechtswidrig.

Die Rechtswidrigkeit folgt bereits aus der Regelung nach Ziffer 6.3 der hier maßgeblichen Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, dem BKK Landesverband Hessen, der IKK Hessen, dem Verband der Angestellten Krankenkassen e. V. (VdAK) – Landesvertretung Hessen, dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V. – Landesvertretung Hessen, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, der Krankenkasse für den Gartenbau und der Knappschaft zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005 vom 10.11.2005, veröffentlicht durch die Beklagte als Anlage 2 zum Landesrundsreiben/Bekanntmachung - Landesstelle - vom 10.11.2005 (im Folgenden: HVV), soweit mit dieser Regelung der HVV gegen die zwingenden Vorgaben des Bewertungsausschusses verstößt.

Der Honorarbescheid ist insofern rechtswidrig, als die Beklagte Leistungen, die entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses in seinem Beschluss vom 29.10.2004 dem Leistungsbereich 4.1 zuzuordnen sind, innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet hat. Insofern ist auch die Berechnung des Regelleistungsvolumens fehlerhaft.

Die Festsetzung des Regelleistungsvolumens ist grundsätzlich rechtmäßig.

Nach Ziffer 6.3 HVV sind praxisindividuelle Regelleistungsvolumina 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 schwerpunktgleichen Gemeinschaftspraxen sowie bei Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung gemäß Angestellten-Ärzte Richtlinien unterliegen,

alternativ

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

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

Die Zuschlagsregelung findet keine Anwendung bei Praxen mit angestellten Ärzten bzw. zugelassenen Ärzten, die einer Leistungsbeschränkung gemäß Bedarfsplanungsrichtlinien bzw. Angestellten-Ärzte-Richtlinien unterliegen. Für Ärzte bzw. Psychotherapeuten, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, richtet sich die Höhe der

Fallpunktzahl in den einzelnen Altersklassen nach dem Schwerpunkt der Praxistätigkeit bzw. dem Versorgungsauftrag mit dem der Arzt bzw. Psychotherapeut zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

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

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

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

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

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

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

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

Die Kammer hält diese Regelungen, soweit sie hier streitbefangen sind, grundsätzlich für rechtmäßig. 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 vergütet 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. 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 Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie genannt. Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich die Höhe der Fallpunktzahl nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist (III.2.3.2 BRLV). Die Höhe der zutreffenden Fallpunktzahl für Gemeinschaftspraxen wird als arithmetischer Mittelwert der Fallpunktzahlen der in der Gemeinschaftspraxis vertretenen Arztgruppen gemäß Anlage 1 berechnet (III.3.2.2 BRLV). Entsprechend hat der HVV auch die Honorar(unter)gruppe B 2.7 "Fachärztlich tätige Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie (VfG 33-01)" und die Honorar(unter)gruppe B 2.13 für Fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt bzw. mit den Schwerpunkten Angiologie, Endokrinologie und Hämatologie/Onkologie gebildet und für diese Vertragsärzte die von der Beklagten zugrunde gelegten Fallpunktzahlen vorgegeben, woraus sie für die Klägerin das Regelleistungsvolumen errechnet hat. Die Richtigkeit der Berechnung wird im Übrigen von der Klägerin nicht bestritten. Die Zuordnung von Gemeinschaftspraxen zu den einzelnen Honorar(unter)gruppen erfolgt dabei nach dem Tätigkeitsschwerpunkt der Praxis (Ziff. 6.2 am Ende HVV).

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.

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, allerdings erst 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.

Ein Ausnahmefall, der ein Abweichen vom festgesetzten Regelleistungsvolumen rechtfertigen würde, liegt nicht vor. Die Klägerin hat auch keine entsprechenden Gründe vorgetragen.

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 Ziff. 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 Leistungen nach Ziff. 01100, 01102, 01510, 01511, 01600, 01602, 01605, 01610 und 01622 EBM 2005 im Quartal II/05 ab, die die Beklagte entgegen der Vorgabe in III.4.1 BRLV in das Regelleistungsvolumen einbezogen hat.

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 für hat 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, Urt. v. 23.04.2008 - [L 4 KA 69/07](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris, Revision anhängig - [B 6 KA 31/08](#) - 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 die Klägerin ebf. 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.

Im Übrigen war der angefochtene Honorarbescheid nicht zu beanstanden.

Eine mangelnde Verständlichkeit und Transparenz der Abrechnung liegt nicht vor. Der Honorarbescheid ist ausreichend begründet.

Einer Begründung bedarf der Honorarbescheid im Hinblick auf [§ 35 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) nur hinsichtlich der wesentlichen Faktoren, die für die Berechnung des Honorars wesentlich sind. Die Vorschrift verlangt nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Vielmehr sind dem Betroffenen nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Dabei richten sich Inhalt und Umfang der notwendigen Begründung nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets und nach den Umständen des einzelnen Falles. Die Begründung braucht sich nicht ausdrücklich mit allen in Betracht kommenden Umständen und Einzelüberlegungen auseinander zu setzen. Es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen kann. Die Verwaltung darf sich deshalb auf die Angabe der maßgebend tragenden Erwägungen beschränken und braucht Gesichtspunkte und Umstände, die auf der Hand liegen oder dem Betroffenen bekannt sind, nicht nochmals ausführlich darzulegen. Bei Honorarbescheiden dürfen die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden. Denn bei ihnen kommt dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut ist bzw. zu dessen Pflichten es gehört, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen. Das erlaubt es den Kassenärztlichen Vereinigungen, auch hinsichtlich der Honorarberechnung entsprechende Kenntnisse, welche von ihr regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet werden, vorauszusetzen und die Begründung ihrer Honorarbescheide hierauf einzustellen. Im Hinblick hierauf hat es das BSG nicht für erforderlich gehalten, dass eine Kassenärztliche Vereinigung alle für die Festlegung einer Honorarbegrenzungsmaßnahme wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen im Bescheid aufführt; es reicht vielmehr aus, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechenvorgang aus dem HVM ergibt (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. 32 f. m. w. N.).

Diesen Anforderungen wird die Begründung des angefochtenen Honorarbescheids gerecht. Denn sie enthält die für die Berechnung des Honorars maßgeblichen Faktoren: die Honoraranforderung, von der die Beklagte ausgegangen ist, das Ergebnis der durchgeführten Honorarbegrenzungsmaßnahmen, die zu Grunde gelegten Punktwerte und die vorgenommenen Abzüge.

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 gleichzeitig garantiertem Punktwert mit einhergehender Kalkulationssicherheit ausging, so besteht jedenfalls keine rechtliche Garantie für eine bestimmte Höhe des Punktwerts. Die Vereinbarung eines festen Punktwerts 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 Punktwerts 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.

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf eine höhere Vergütung für die Leistungen der kurativen Koloskopie.

Nach Ziffer 6.1 und 6.2 HVV werden zur Bewertung/Vergütung der von allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden hessischen Ärzten, Psychotherapeuten und ärztlich geleiteten Einrichtungen abgerechneten und nach Durchführung der Maßnahmen gemäß Ziffern 5.1 und 5.2 anererkennungsfähigen Honorarforderungen diese (bei getrennter Betrachtung von Primärkassen und Ersatzkassen) und unter Beachtung der Zuordnung der Praxen zum Honorarbereich A (hausärztlichen Versorgungsebene) bzw. Honorarbereich B (fachärztlichen Versorgungsebene) bestimmten Honorargruppen – mit Ausnahme der Honorarforderungen aus Leistungen des fachübergreifenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes (Notdienstes) und im Notfall: Zuordnung zum Honorarbereich C - zugeordnet. Die Zuordnung von Gemeinschaftspraxen zu den einzelnen Honorar(unter)gruppen erfolgt dabei nach dem Tätigkeitsschwerpunkt der Praxis; die Vorgabe gilt entsprechend für Ärzte bzw. Psychotherapeuten mit einer Doppelzulassung.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich erfasst die Honorar(unter)gruppe B 2.7 "Fachärztlich tätige Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie (VfG 33-01)" und die Honorar(unter)gruppe B 2.13 fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt (VfG 33-09), fachärztlich tätige Internisten mit Schwerpunkt Angiologie (VfG 33-04), fachärztlich tätige Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie (VfG 33-05), fachärztlich tätige Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie (VfG 33-07). Dieser Honorar(unter)gruppe hat die Beklagte die Klägerin zutreffend zugeordnet. Hierbei hat die Beklagte, wie bereits ausgeführt, die Klägerin nach ihrem Schwerpunkt der Honorar(unter)gruppe B 2.7 zugeordnet.

Die Leistungen der kurativen Koloskopie werden bei der Honorarverteilung nicht in die Berechnung des Regelleistungsvolumens einbezogen. Nach Ziffer 6.4 HVV gehören Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2005 zu den Leistungen, die bei dem Regelleistungsvolumen unberücksichtigt bleiben und zu einem Punktwert von 4,0 Ct. (vorbehaltlich einer gegebenenfalls erforderlichen Quotierung) zu vergüten sind.

Soweit der Verteilungsbetrag für einen Punktwert von 4 Ct. nicht ausreicht, hat nach Ziffer 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.2 HVV eine Quotierung zu erfolgen. Dabei ist der Honoraranteil für die Leistungen der kurativen Koloskopie grundsätzlich begrenzt auf den im entsprechenden Quartal des Jahres 2002 zur Verfügung stehenden Anteil zuzüglich Gesamtvergütungsanteil von 0,1% gemäß Bundesempfehlung, anteilig aufgeteilt auf die einzelnen Honorar(unter)gruppen. Im Sinne einer Sonderregelung gilt ergänzend, dass die Quote für die Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2005 in der jeweiligen Honorar(unter)gruppe nicht unter der Quote für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens liegen darf; gegebenenfalls ist eine Stützung innerhalb der jeweiligen Honorar(unter)gruppe mit dieser Zielsetzung vorzunehmen, sofern der für diese Leistung im entsprechenden Quartal des Jahres 2004 gemäß Empfehlungsvereinbarung auf der Bundesebene zur Verfügung stehende Honoraranteil nicht ausreichend ist.

Die Kammer hält diese Regelung für zulässig. Anders als die Regelung in den Vorquartalen, die die Kammer mit Urteil v. 02.07.2008 – [S 12 KA 1274/05](#) – (Berufung anhängig: LSG Hessen – [L 4 KA 71/08](#) –) beanstandet hat, ist eine Quotierung unterhalb der in der Honorargruppe quotierten Leistungen, d. h. hier der in das Regelleistungsvolumen einbezogenen Leistungen nicht möglich. Insofern war von der Kammer

hier ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht festzustellen. Dies hat die Kammer bereits mit Urteil vom 24.09.2008 - [S 12 KA 35/08](#) - entschieden, woran die Kammer nach erneuter Prüfung festhält.

Auf Vertrauensschutz im Sinne einer vorweg garantierten Mindestvergütung kann sich die Klägerin nicht berufen.

Im info.doc – März 2005 wird lediglich über den Verhandlungsstand mit den Krankenkassen berichtet und darauf hingewiesen, dass ein Honorarverteilungsvertrag noch nicht abgeschlossen wurde. Es wird klargestellt, dass eine Nachschusspflicht der Krankenkassen im Hinblick auf die Finanzierung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen (nach Einführung der EBM-Reform) ausgeschlossen werde; ausgenommen hiervon sei eine mögliche Nachschusspflicht bezogen auf die Finanzierung der zeitbezogenen genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen (Seite 37). Es wird auf Seite 37 ausdrücklich wegen möglicher Änderungen auf den Internetauftritt der Beklagten verwiesen. Bzgl. der kurativen Koloskopie heißt es dort auf Seite 39:

"Ausdrücklich ist darauf hinzuweisen, wie vorstehend bereits ersichtlich ist, dass für die Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 764, die bisherige Sonderregelung mit einem eigenständigen Honorierungsanteil innerhalb der jeweiligen arzt-/fachgruppenbezogenen Honorar(unter)gruppe auch nach Einführung des Regelleistungsvolumensansatzes in die Gesamthonorierungsstruktur weitergeführt wird. Dies resultiert, so hat eine Rückfrage bei der KBV ergeben, aus der nach wie vor gültigen Rahmenempfehlung von Spitzenverbänden der Krankenkassen und KBV, die im Zusammenhang mit der Neudefinition der Leistungen der kurativen Koloskopie seinerzeit ergangen ist."

Damit wird aber eindeutig die im Schaubild auf Seite 38 noch vorgenommene Zuweisung der kurativen Koloskopie zum Leistungsbereich 4.1 relativiert, da gerade nach der zuvor geltenden Regelung eine Quotierung erfolgt war.

Soweit die Klägerin sich letztlich gegen eine zu geringe Vergütung ihrer Leistungen wendet, 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 Fachgebiet der Gesellschafter der Klägerin wird die vertragsärztliche Versorgung gewährleistet.

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.

Auf die Berechnung der Honorartöpfe für die Jahre 2003 und 2004 kommt es nicht an. Die Kammer hat seinerzeit lediglich die Abkoppelung der Koloskopieleistungen vom allgemeinen Stützungsmechanismus der Honorarverteilungsregelungen beanstandet, nicht aber die Bildung der Honorar(unter)gruppe. Inwieweit die alte Individualbudgetierung fortgeführt worden sein soll, was ein Vergleich mit den Internisten ohne Schwerpunkt zeige, war der Kammer nicht nachvollziehbar. Soweit die Kammer bisher einen Kürzungsmechanismus nach Ziff. 7.5 HVV beanstandet hat, wird die Klägerin nach Aufhebung der Kürzung durch den Bescheid vom 05.07.2007 hierdurch nicht mehr beschwert. Die Stützungsmaßnahmen selbst sind aber nach der Kammerrechtsprechung nicht zu beanstanden. Die punktzahlenmäßige Höherbewertung der Gastroskopie hat die Beklagte berücksichtigt. Diese muss bei einer zulässigen Vergütung nach Honorar(unter)gruppen nicht zwingend mit einer entsprechenden Höherbewertung in Euro-Beträgen korrelieren.

Nach allem war der Klage 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 war anhand des unbegründeten Teils des klägerischen Sachvortrags entsprechend zu bestimmen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2011-09-09