

S 12 KA 285/08

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 285/08
Datum
09.12.2009
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 101/09
Datum
12.10.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die hausärztliche Grundvergütung nach Ziff. 03000 EBM 2005 ist auch in den Fällen zuzuerkennen, bei denen in einer versorgungsebenenübergreifenden Gemeinschaftspraxis (hier: Fachärztin für Allgemeinmedizin und fachärztlich tätiger Internist) zugleich fachärztliche Leistungen abgerechnet worden sind. § 2 Unterabschnitt 2.10.1 HVV KV Hessen ist insoweit rechtswidrig.

Die Höhe der Vergütung der Leistungen der kurativen Koloskopie für die Quartale I und II/06 ist im Bereich der KV Hessen insoweit zu beanstanden, als Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2005 in einem einheitlichen, versorgungsbereichsübergreifenden Fachgruppentopf vergütet werden. Für den hausärztlichen Versorgungsbereich fehlt es hieran an einer Grundlage im HVV.

Es besteht keine Rechtspflicht einer KV, eine zunächst falsch abgerechnete Leistung durch die mögliche Leistung zu ersetzen (hier: Leistungen nach Nrn. 13251 bis 13254 EBM 2005 in Nr. 13250 EBM 2005).

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

2. Die Klägerin hat 1/3 der Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat 2/3 der Gerichtskosten und 2/3 der notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um das Honorar für die sieben Quartale II/05 bis IV/06 und hierbei um die Frage, ob die hausärztliche Grundvergütung auch in den Fällen zuerkannt werden kann, bei denen in der versorgungsebenenübergreifenden Gemeinschaftspraxis zugleich fachärztliche Leistungen abgerechnet wurden, um die nachträgliche Korrektur der nach den Nrn. 13251 bis 13254 EBM 2005 abgerechneten Leistungen in Leistungen nach Nr. 13250 EBM und um die Höhe der Vergütung der Leistungen der kurativen Koloskopie für die Quartale I und II/06 entsprechend der bis zum Quartal IV/05 angewandten Honorarverteilungsregelungen.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis. Sie besteht aus einer Vertragsärztin und einem Vertragsarzt. Frau Dr. med. D. ist seit dem 01.12.1992 als praktische Ärztin bzw. Fachärztin für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Herr Dr. med. E. ist seit dem 01.09.1990 als fachärztlich tätiger Internist zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Praxissitz der Gemeinschaftspraxis ist A-Stadt. Die versorgungsbereichsübergreifende Gemeinschaftspraxis wird von der Beklagten der Honorargruppe der Ärzte für Allgemeinmedizin, A2.1, und abrechnungstechnisch der VFG/VTG 04.82 zugeordnet.

Die Beklagte setzte für die strittigen Quartale das Honorar jeweils durch Honorarbescheid fest, wogegen die Klägerin Widerspruch einlegte. Im Einzelnen ergeben sich die Festsetzungen und die Daten der Widerspruchseinlegung aus nachfolgender Übersicht:

11

II/05 III/05 IV/05 I/06

Honorarbescheid vom 27.06.06 23.01.2006 12.08.2006 06.08.2007 21.01.2007

Widerspruch eingelegt am 1.02.2006 01.11.2006 12.02.2008 07.03.2007

Nettohonorar gesamt in EUR 79.715,24 81.943,72 69.653,73 71.566,05 72.047,42

Bruttohonorar PK + EK in EUR 80.171,39 82.602,59 69.875,85 72.061,65 72.736,23

Fallzahl PK + EK 1.066 1.005 1.018 1.085

Punktwert RLV Allg. Leistungen oberer

PW PK und EK 3,661 3,216 3,665 2,808 3,662 2,992 3,552 2,898

Punktwert Nr. 13421 in Cent PK und EK 4,136 4,444 2,645 2,623

Fallzahlabhängige Quotierung Ziff. 5.2.1 HVV - - -

Regelleistungsvolumen Ziff. 6.3 HVV

Praxisbezogenes RLV in Punkten 1.129.495,5 1.053.643,2 1.085.524,6 1.148.128,2

Überschreitung in Punkten 193.672,5 118.081,8 183.264,4 213.985,8

Ausgleichsregelung Ziff. 7.5 HVV - -

Referenz-Fallzahl 1.018 1.083

Referenz-Fallwert EUR 60,7116 54,2331

Aktueller Fallwert EUR 51,5551 47,5737

Auffüllbetrag je Fall EUR 3,6073 2,7720

Auffüllbetrag gesamt in EUR 3.672,19 2.947,97

II/06 III/06 IV/06

Honorarbescheid vom 04.02.2007 17.03.2007 18.04.2007

Widerspruch eingelegt am 27.03.2007 15.05.2007 21.06.2007

Nettohonorar gesamt in EUR 74.980,82 61.459,95 72.426,69

Bruttohonorar PK + EK in EUR 75.983,90 62.331,60 73.199,44

Fallzahl PK + EK 1.076 970 1.013

Punktwert RLV Allg. Leistungen oberer

PW in Cent PK und EK 3,635 3,153 3,669 3,042 3,668 3,244

Punktwert Nr. 13421 in Cent PK und EK 3,179 3,315 3,144 3,269 4,333 4,468

Fallzahlabhängige Quotierung Ziff. 5.2.1 HVV - - -

Regelleistungsvolumen Ziff. 6.3 HVV

Praxisbezogenes RLV in Punkten 1.123.912,4 1.036.450,0 1.082.366,6

Überschreitung in Punkten 68.962,6 83.755,0 154.031,4

Ausgleichsregelung Ziff. 7.5 HVV -

Referenz-Fallzahl 1.066 1.004 1.018

Referenz-Fallwert EUR 59,6090 53,3016 55,1433

Aktueller Fallwert EUR 50,8041 50,1988 53,6149

Auffüllbetrag je Fall EUR 5,5436 0,4378 -

Auffüllbetrag gesamt in EUR 5.909,53 424,64 -

Zur Begründung ihres Widerspruchs für das Quartal II/05 trug die Klägerin vor, der Widerspruch richte sich gegen die Nichtvergütung der hausärztlichen Grundvergütung (Ziff. 03000) für ihre versorgungsbereichsübergreifende Gemeinschaftspraxis in den Fällen, in denen die Regelung des hessischen Honorarverteilungsvertrags den Regelungen des EBM widerspreche. Im EBM sei eindeutig und abschließend geregelt, in welchen Fällen die hausärztliche Vergütung zu gewährleisten sei. Nach 5.2 der Allgemeinen Bestimmungen richte sich die Berechnungsfähigkeit der arztgruppenspezifischen Leistungen von Gemeinschaftspraxen nach den Arztgruppen, die in einer Gemeinschaftspraxis vertreten seien. In der Leistungsbeschreibung zur hausärztlichen Grundvergütung seien auch die Ausnahmen bezeichnet, in denen die hausärztliche Grundvergütung nicht zu gewähren sei. Danach stehe ihr die hausärztliche Grundvergütung für alle Fälle zu, in denen Leistungen des hausärztlichen Kapitels des EBM zur Abrechnung gelangt seien. Entgegen dieser Regelung des EBM sehe der Honorarverteilungsvertrag eine abweichende Regelung vor. Nach Nr. 2.10.1 sei für versorgungsebenenübergreifende Gemeinschaftspraxen die Zuerkennung der Nr. 03000 bzw. 04000 EBM 2005 ausgeschlossen, falls im Behandlungsfall fachärztliche Leistungen zur Abrechnung kämen. Diese Regelung des HVV sei rechtswidrig. Einem außerhalb einer Gemeinschaftspraxis tätigen Allgemeinarzt gehe die hausärztliche Grundvergütung auch nicht verloren, wenn er einen Patienten an einen Facharzt überweise. Werde z.B. ein fachinternistischer Konsultationskomplex nach Ziff. 13215 mit 50 Punkten abgerechnet, so verliere sie die Grundvergütung mit 90 Punkten.

Der Widerspruch richtet sich des Weiteren gegen die Einbeziehung der Gebührenordnungspositionen für schriftliche Mitteilungen und Gutachten (Ziff. 01600 bis 01623) in das Regelleistungsvolumen. Sie habe für schriftliche Mitteilungen im Quartal 53.890 Punkte abgerechnet. Bei einer Vergütung außerhalb des Regelleistungsvolumens hätte dies zu einem Honoraranspruch von ca. 1.960 EUR geführt, aufgrund der Einbeziehung in das Regelleistungsvolumen ergebe sich ein Honorar von lediglich 893 EUR. Das Gebot zur Vergütung der Arztbriefe zu einem höheren Punktwert ergebe sich auch aus der nach dem EBM 2005 eingeführten Berichtspflicht für die meisten speziellen fachärztlichen Leistungen. Es widerspreche dem allgemeinen Gerechtigkeitsempfinden, die Pflicht zur Erbringung einer bestimmten Leistung einzuführen, diese Leistung dann aber nur weit unter Wert zu vergüten.

Der Widerspruch richte sich ferner gegen im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung vorgenommenen Berichtigung der Leistungen für Belastungs-EKG (Ziff. 13251) in 2 Fällen, Langzeit-EKG-Leistungen (Ziff. 13252 und 13253) in 22 Fällen, Langzeit-Blutdruckmessung (Ziff. 13254) in 4 Fällen und Spirometrie (Ziff. 13255) in 4 Fällen. Diese Leistungen seien gänzlich gestrichen worden. Sie hätten diese Leistungen in der Absicht abgerechnet, dass sie wie Zielaufträge zu behandeln wären und die Abrechnung des internistischen Basiskomplexes (Ziff. 13250) in den betreffenden Fällen nicht zulässig sei. Nachdem sie zwischenzeitlich erfahren habe, dass die Abrechnung der Ziff. 13250 doch zulässig sei, habe sie diese Leistungen durch die Ziff. 13250 ersetzt.

Der zweite Honorarbescheid für das Quartal II/05 sei insofern nicht nachvollziehbar, als sich aus ihm nicht ergebe, in wie vielen Fällen die hausärztliche Grundvergütung nicht gewährt worden sei. Die Geltendmachung weiterer Ansprüche behalte sie sich vor.

Entsprechend begründete sie ihre Widersprüche für die Folgequartale. Ergänzend führte sie für das Quartal III/05 aus, die Ziffern 13252 und 13253 seien in 28 Fällen, die Ziffer 13254 in 5 Fällen und die Ziff. 13255 in 4 Fällen gänzlich gestrichen worden. Für das Quartal IV/05 führte sie aus, die Ziff. 03000 sei ihnen lediglich 424 Mal zuerkannt worden. Die entsprechende Position hätte aber in 729 Fällen zur Abrechnung kommen müssen. Der Widerspruch richte sich weiter gegen den Abzug von 3.724,25 EUR im Rahmen der erweiterten Honorarverteilung. Diese sei verfassungswidrig. Ferner wende sie sich gegen die zu geringe Vergütung, die sich aus den Auswirkungen des Hausarztmodells der Barmer Ersatzkasse ergebe. Dieser Vertrag entspreche nicht den Anforderungen der integrierten Versorgung, so dass die Honoraranteile zu Unrecht einbehalten worden seien. In diesem Quartal wandte sich die Klägerin nicht gegen die Berichtigung von Leistungen nach den Ziffern 13252 ff.

Im Quartal I/06 sei ihnen die Ziff. 03000 lediglich in 462 anstatt 787 Fällen anerkannt worden. Für dieses Quartal wandte sie sich ebenfalls nicht gegen eine Berichtigung von Leistungen nach Ziff. 13252 ff. Dagegen richtete sie ihren Widerspruch auch gegen die Vergütung der kurativen Koloskopie (Ziff. 13421) mit dem niedrigen Punktwert von 26,45 bei den Primärkassen und 26,23 bei den Ersatzkassen. Noch im Vorquartal sei diese Leistung mit 41,35 bzw. 41,07 vergütet worden. Dieser Abfall des Punktwerts sei dadurch zustande gekommen, dass ab dem Quartal I/06 Koloskopien für alle Fachgruppen mit einem einheitlichen Satz vergütet worden seien. Das Zusammenfassen zu einem einheitlichen Punktwert sei jedoch unzulässig, da hierdurch eine Verschiebung von Honoraranteilen aus dem hausärztlichen Honorartopf in den fachärztlichen Honorartopf resultiere. Ferner wende sie sich auch gegen den Abzug von 3.577,89 EUR für die erweiterte Honorarverteilung sowie gegen den Abzug von Honoraranteilen für den Barmer Hausarztvertrag.

Entsprechend der Begründung zum Vorquartal begründete die Klägerin ihren Widerspruch für das Quartal II/06. Die hausärztliche Grundvergütung sei ihr für lediglich 470 anstatt 712 Fälle zuerkannt worden.

Für das Quartal III/06 führte die Klägerin die gleichen Gründe wie für das Vorquartal an, wandte sich aber nicht mehr gegen die Vergütung der Koloskopieleistungen. Dies gilt auch für das Quartal IV/06.

Die Beklagte verband alle Widerspruchsverfahren und wies mit Widerspruchsbescheid vom 16.06.2008 die Widersprüche als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Honorarbescheide seien formell rechtmäßig. Sie seien ausreichend begründet und genügten den Anforderungen des [§ 35 Abs. 1 SGB X](#). In der Arztrechnung werde die Gesamt-Fallzahl der Gemeinschaftspraxis angegeben. Die Frequenz-Statistiken wiesen die Anzahl der anerkannten Leistungen nach Ziff. 03000 aus, so dass eine eventuelle Differenz nachvollziehbar sei. Darüber hinaus könne eine eventuelle Differenz auch anhand eines Vergleichs zwischen den Behandlungsscheinen der Klägerin und den Frequenz-Statistiken festgestellt werden. Die Honorarbescheide seien auch materiell rechtmäßig. Sie verstießen nicht gegen den Grundsatz der Bestimmtheit, da sie jeweils die Höhe des Brutto- und Nettohonorars bestimmten. Die Ziff. 2.10.1 HVV entspräche dem EBM 2005. Die in Ziff. 3.2.1 EBM 2005 genannte hausärztliche Grundvergütung sei ausdrücklich im Sinne des [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) zu verstehen. Die Gliederung in eine haus- und fachärztliche Versorgungsebene erfolge mit der Maßgabe, dass – unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen – Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürften. Die Regelung der Ziff. 2.10.1 HVV stimme mit [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) überein, soweit geregelt sei, dass in versorgungsübergreifenden Gemeinschaftspraxen die Zuerkennung der hausärztlichen Grundvergütung ausgeschlossen sei, falls im selben Behandlungsfall fachärztliche Leistungen der Kap. III.5 bis III.27 EBM 2005 (ausgenommen Nrn. 1325 bis 13258 sowie 27310 bis 27330) zur Abrechnung kämen. Die Klägerin habe sich zur Führung einer versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxis entschieden, weshalb der Gleichheitsgrundsatz gewahrt sei. Bei Ziff. 2.10.1 HVV liege lediglich eine unechte Rückwirkung vor. Bereits mit dem info.doc Nr. 2/2005, herausgegeben im März 2005, seien den Ärzten die grundsätzlichen Punkte zur Honorarverteilung ab dem Quartal II/05 bekanntgegeben worden. In info-doc 5/2005 im November 2005 seien weitere Einzelheiten bekanntgegeben worden. Sie habe die Vorgaben des Bewertungsausschusses im Beschluss vom 29.10.2004 im Honorarverteilungsvertrag umgesetzt. Für die Fachgruppe der Ärzte für Allgemeinmedizin/fachärztliche Internisten seien folgende arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen festgelegt worden:

RLV-Fallpunktzahl
Primärkassen Ersatzkassen

Altersgruppe der 0-5 6-21 22-59)59 0-5 6-21 22-59)59
Patienten in Jahren
Fallpunktzahl der GP
(Inkl. GP-Zuschlag) 747 900 900 1312 803 897 897 1141

In allen Quartalen sei das Regelleistungsvolumen überschritten worden. Es erfolge dann noch eine Honorierung mit einem unteren Punktwert. Es seien keine Anhaltspunkte, insbesondere Gründe der Sicherstellung ersichtlich, die eine Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens rechtfertigen könnten. Für die schriftlichen Mitteilungen und Gutachten habe sie keine Vereinbarung über eine extrabudgetäre Honorierung erzielen können. Eine generelle Herausnahme aus dem Regelleistungsvolumen müsse ausscheiden, da sie die Verträge nicht einseitig ändern könne. Die Leistungen nach Ziff. 13421 EBM 2005 unterlägen nicht dem Regelleistungsvolumen, sondern würden innerhalb der jeweiligen 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 dargelegt, 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 Regelleistungsvolumens in die Gesamtvergütungsstruktur weitergeführt worden sei. Dies resultiere aus der nach wie vor gültigen Rahmenempfehlung von Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV, die im Zusammenhang mit der Neudefinition der Leistungen der kurativen Koloskopie seinerzeit ergangen seien. Diese Rahmenempfehlungen habe die Vergütung zu einem festen Punktwert vorgesehen, der bereits in der Vergangenheit als quotierter Punktwert in die Abrechnung der Leistungen eingegangen sei. An der Systematik habe sich mithin nichts verändert. Es treffe zu, dass die Leistungen der kurativen Koloskopie mit einem für alle Fachgruppen einheitlichen Punktwert vergütet würden. Dies bewirke jedoch keine Verschiebung von Honoraranteilen aus dem hausärztlichen Honorartopf in den fachärztlichen Honorartopf. Aufgrund dessen, dass die Vorweghonorierung der Leistungen der kurativen Koloskopie erst nach Gliederung in hausärztliche und fachärztliche Honoraruntergruppen und dann innerhalb dieser stattgefunden habe, sei die Trennung der beiden Honorartöpfe gewahrt.

Die Leistungen nach Ziffern 13252 bis 13255 EBM 2005 könnten nicht neben der Ziff. 13250 EBM 2005 abgerechnet werden. Sie seien auch nur bei Definitionsauftrag berechnungsfähig. Sie hätten demnach nur als Auftragsleistung bzw. Konsiliaruntersuchungen berechnet werden dürfen. Wenngleich dies von der Klägerin beabsichtigt gewesen sein möge, so sei es jedoch nicht geschehen. Diese Leistungen seien vielmehr im Rahmen der ambulanten Behandlung bzw. der Mit-/Weiterbehandlung erbracht worden. Eine Ersetzung durch Ziff. 13250 EBM 2005 könne nicht erfolgen. Mit der Abgabe der Behandlungsausweise bestätigte der Arzt bzw. Psychotherapeut in einer Sammelerklärung/Quartalerklärung, dass die zur Abrechnung eingereichten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen erbracht worden seien, notwendig gewesen und die eingereichte Abrechnung sachlich richtig und vollständig sei. Für die Quartale II und III/05 habe eine Korrektur der Abrechnungsunterlagen nur innerhalb von 10 Wochen und für die Quartale ab IV/05 innerhalb von 8 Wochen erfolgen können. Für eine Ausnahmeregelung seien hier keine Gründe ersichtlich.

Die Einbehaltung der EHV erfolge auf satzungsrechtlicher Grundlage, die wiederum auf einer ausreichenden Ermächtigungsgrundlage beruhe.

Soweit das Bundessozialgericht festgestellt habe, dass ein Einbehalt der Ersatzkasse aufgrund des Barmer Hausarztvertrages nicht möglich sei, sei aber zweifelhaft, ob dies von der Klägerin geltend gemacht werden könne. Der Einbehalt betreffe nämlich eine Frage der Gesamtvergütung, die keine unmittelbare Wirkung auf die Ärzte als einzelne habe. Gemäß Ziff. 7.3 HVV seien aber im Übrigen Nachzahlungen von Primär- oder Ersatzkassen für bereits abgerechnete Quartale quotenmäßig unter Beachtung der Vorgaben in Ziff. 7.2 HVV für das entsprechende Abrechnungsquartal zu verteilen und nachträglich zu vergüten. Bei geringfügigen Nachzahlungen könne der Vorstand beschließen, dass diese Nachzahlungsbeträge für die laufende Abrechnung des Quartals verwendet oder einem Honorarausgleichsfonds zugeführt würden. Geringfügig seien Nachzahlungen dann, wenn sie die Quote um nicht mehr als 5 % im laufenden Quartal veränderten. Dem Begehren auf Auszahlung von Honoraranteilen in den aktuellen streitgegenständlichen Quartalen könne demzufolge nicht entsprochen werden.

Hiergegen hat die Klägerin am 01.07.2008 zum Az. [S 12 KA 285/08](#) die Klage erhoben. Die Kammer hat mit Beschluss vom 02.07.2008 die Verfahren bezüglich der Quartale III/05 bis IV/06 unter den Aktenzeichen S 12 KA 291 bis 296/08 abgetrennt. Sie hat alle Verfahren mit Beschluss vom 09.12.2009 wieder zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung miteinander verbunden.

Die Klägerin trägt ergänzend zu ihrem Vorbringen im Verwaltungsverfahren vor, nach § 8 Abs. 1 des Hausarztvertrages erhalte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt eine behandlungsfallbezogene Grundvergütung (hausärztliche Grundvergütung). Nach § 8 Abs. 4 des Hausarztvertrages seien die Bestimmungen des EBM hierfür maßgeblich. Die hausärztliche Grundvergütung sei bei allen Fällen, in denen hausärztliche Leistungen anfielen, zu bewilligen. Bei Fällen, die rein fachärztlich behandelt würden, vor allem Überweisungen zur fachinternistischen Behandlung, fielen naturgemäß keine Abrechnungsziffern des hausärztlichen Kapitels an. Bis zum Quartal I/05 sei die Zuerkennung der hausärztlichen Grundvergütung u.a. dann ausgeschlossen gewesen, wenn eine oder mehrere Leistungen des sog. KO-Katalogs zur Abrechnung gekommen seien. Diese Regelung sei im Sinne einer gewissen Pauschalierung zu akzeptieren gewesen, da eine fachbereichsübergreifende Gemeinschaftspraxis bei einem Teil ihrer Fälle die hausärztliche Grundvergütung auch dann honoriert bekommen habe, wenn überhaupt keine hausärztlichen Leistungen erbracht worden seien, bei einem anderen Teil der Fälle trotz hausärztlicher Betreuung des Patienten die hausärztliche Grundvergütung entfallen sei, wenn eine höher honorierte fachärztliche Leistung erbracht worden sei. Im EBM 2005 sei die Regelung in dem Sinne geändert worden, dass der Anspruch auf die hausärztliche Grundvergütung nur bei den Fällen entstehe, in denen tatsächlich hausärztliche Leistungen zur Abrechnung kämen. Werde nach der hausärztlichen Betreuung eine Gastroskopie nach Ziff. 13400 erbracht, so erhalte sie hierfür wegen Überschreitung des Regelleistungsvolumens 10,90 EUR. Es falle jedoch die hausärztliche Grundvergütung von 4,24 EUR weg, so dass das Erbringen der Gastroskopie effektiv nur zu einem Mehrhonorar von 6,66 EUR führe. Dies müsse geradezu als Ausbeutung bezeichnet werden. Entsprechend führe die zusätzliche Erbringung des fachärztlichen Konsultationskomplexes (Ziff. 13215) mit 50 Punkten zu einer effektiven Honorarminderung von 4,01 EUR, die Erbringung eines Langzeit-EKG mit Befundbesprechung durch den Facharzt (Ziff. 13215 mit 50 Punkten und Ziff. 13250 mit 420 Punkten) zu einer effektiven Honorarminderung von 2,03 EUR. [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) stehe ihrer Argumentation nicht entgegen. Diese Vorschrift besage nur, dass die hausärztliche Grundvergütung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden könne. Tatsächlich habe die Beklagte auch andere Leistungen des hausärztlichen Kapitels honoriert, obwohl im selben Behandlungsfall fachärztliche Leistungen zur Abrechnung gelangt seien, so z.B. Ziff. 032120 (Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch internistischer Grunderkrankung) neben Ziff. 13400 (Gastroskopie). Soweit ihr bekannt sei, bestehe ein entsprechender Ausschluss in keiner anderen Kassenärztlichen Vereinigung. Auch in der Entscheidung des Landesschiedsamtes ab dem Quartal II/07 sei die Regelung nicht mehr enthalten, was die Beklagte jedoch nicht von der weiteren Anwendung ohne Rechtsgrundlage abgehalten habe. Lediglich im ersten Bescheid für das Quartal II/05 sei eine Aufstellung der Fälle enthalten, in denen die hausärztliche Grundvergütung nicht gewährt worden sei. Die fehlende Aufstellung in den Folgequartalen führe zu einer nicht hinnehmbaren Erschwerung der Rechtsverfolgung. Nach überschlägigen Berechnungen würden ab dem Quartal II/05 bis zum Quartal IV/06 595, 291, 305, 325, 242, 277 bzw. 265 Fälle ohne hausärztliche Grundvergütung abgerechnet werden. Bezüglich der Quartale II - IV/05 sei die Ausschlussregelung auch wegen des Rückwirkungsverbots rechtswidrig. Das info-doc. Nr. 2/2005 enthalte keine Informationen darüber. Sie hätten dies erst mit Bekanntgabe des Honorarvertrages im November 2005 erfahren. Hätten sie frühere von der Regelung gewusst, hätten sie die Möglichkeit gehabt zu entscheiden, ob z.B. Beratungen vom hausärztlichen oder fachärztlichen Partner der Gemeinschaftspraxis durchgeführt werden sollten.

Sie wende sich ferner gegen die Berichtigung der Ziffern 13252 bis 13255 EBM 2005. Die Absetzung hätte durch den Ansatz der Ziff. 13250 EBM 2005 ersetzt werden müssen. Unsicherheiten könnten nicht zu Lasten des Leistungserbringers gehen und zu einem gänzlichen Verlust des Honoraranspruches für erbrachte Leistungen führen. Bis zur Zustellung der Honorarbescheide hätten sie die Korrekturen nicht beantragen können. Nur der Facharzt der Gemeinschaftspraxis sei berechtigt gewesen, ein Langzeit-EKG nach Ziff. 13250 EBM 2005 abzurechnen. Bei hausärztlichen Patienten sei die Praxis in den Quartalen II und III/05 davon ausgegangen, dass neben der Ziff. 03210 EBM 2005 (Hausärztliche Betreuungsleistungen bei chronischen Erkrankungen) die Ziff. 13250 EBM 2005 nicht abrechenbar sei, da Teile des Leistungskomplexes der Ziff. 13250 EBM 2005 auch in der Ziff. 03210 EBM 2005 enthalten sei. Sie habe sich dann bei der Beklagten - ohne Antwort - und der KBV um Auskunft bemüht. Erst nach Abschluss des Quartals III/05 habe sie von der Beklagten erfahren, dass Ziff. 03210 EBM 2005 neben der Ziff. 13250 EBM 2005 abrechenbar sei. Die Beklagte wäre verpflichtet gewesen, die Abrechnung vorab zu klären.

Bis zum Quartal IV/05 seien die Leistungen der kurativen Koloskopie mit zwischen den Fachgruppen unterschiedlichen Punktwerten vergütet

worden, was aus einer unterschiedlichen Dynamik der Leistungsanforderungen in den verschiedenen Fachgruppen resultiere. Für Fachgruppen mit einer großen Leistungsausweitung habe dann wegen des konstanten Volumens der Fachgruppentöpfe ein niedrigerer Punktwert resultiert. Die Honorierung nach einem einheitlichen Punktwert habe für ihre Praxis zu einem Punktwertverfall geführt. Dies führe entgegen der Auffassung der Beklagten zu einer Honorarschiebung aus dem hausärztlichen in den fachärztlichen Honorartopf, in dem ca. 36 % des Honorarvolumens für Koloskopien aus dem hausärztlichen Honorartopf zur Aufbesserung der Honorierung der fachärztlich koloskopierenden Ärzte verwendet worden seien.

Die weiteren von ihr in den Widersprüchen erhobenen Forderungen würden im gerichtlichen Verfahren nicht weiter verfolgt werden.

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

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihr Vorbringen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, bei gleichzeitiger Abrechnung von fachärztlichen Leistungen stünden die fachärztlichen Leistungen des Arztes, der an der fachärztlichen Versorgung teilnehme, in dem Behandlungsfall im Vordergrund. Die Anerkennung der Leistungen würde damit den Grundsätzen des EBM 2005 widersprechen. Insofern habe die Regelung in Ziff. 2.10.1 HVV eine klarstellende Bedeutung. Bei der Einführung der Regelung handele es sich um eine zulässige unechte Rückwirkung. Die Berichtigung der Leistungen nach Ziff. 13252 bis 13255 EBM 2005 sei zu Recht erfolgt. Nach den maßgeblichen Behandlungsscheinen der Quartale II und III/05 handele es sich um Leistungen im Rahmen der ambulanten Behandlung bzw. der Mit-/Weiterbehandlung. Für das Quartal III/05 verweise sie auf die in der Verwaltungsakte befindlichen 29 Scheinausdrucke. Für das Quartal II/05 überreiche sie 27 Scheinausdrucke. Für das Quartal II/05 überreiche sie außerdem den Bescheid vom 13.01.2006 sowie die betroffenen Scheinausdrucke. Die Fristen zur Korrektur der Abrechnung seien von den hessischen Sozialgerichten bestätigt worden. Die Klägerin sei verpflichtet, sich mit den einschlägigen Abrechnungsvorschriften vertraut zu machen. Die Regelung in Ziff. 6.4 Honorarverteilungsvertrag habe auch für die Quartale ab I/06 bis I/07 fortgegolten. Ab 01.10.2005 sei gemäß Ergänzungsvereinbarung zwischen der Beklagten und Verbänden der Krankenkassen zum Honorarverteilungsvertrag vom 31.10.2005 lediglich Ziff. 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziff. 7.2 HVV wie folgt neu gefasst worden: "Der Honoraranteil für die Leistungen der kurativen Koloskopie Nr. 13421 EBM 2000 plus ist begrenzt auf den im entsprechenden Quartal des Jahres 2002 zur Verfügung stehenden Anteil zuzüglich Gesamtvergütungsanteil gemäß Bundesempfehlung. Für den Fall, dass die Quote für die Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2000 plus unter der Quote für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens liegt, ist eine Stützung auf die RLV-Quote vorzunehmen." Auch nach der Änderung sei gewährleistet, dass eine Quotierung der Leistungen unter die Quote für die Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens lägen, nicht möglich sei.

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

Entscheidungsgründe:

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

Die Klage ist zulässig. Streitgegenstand der Klage ist aber nicht die Frage, ob die zur Abrechnung gebrachten Leistungen nach Nr. 01100 bis 01110, Nr. 1600 bis 01623, Nr. 03001 bis 03004 EBM 2005 nicht in das Regelleistungsvolumen einbezogen werden dürfen. Die Klägerin hat die Klage im Klageschriftsatz vom 29.06.2008 auf bestimmte Gegenstände begrenzt. Sie hat ausdrücklich ausgeführt, die weiteren von ihr in den Widersprüchen erhobenen Forderungen würden nach den Ausführungen der Beklagten im gerichtlichen Verfahren nicht weiter verfolgt werden. Erst mit Schriftsatz vom 07.02.2009, der aber erst in der mündlichen Verhandlung am 09.12.2009 übergeben wurde, hat die Klägerin die Klage wieder erweitern wollen. Die Kammer hält aber eine Klageerweiterung bereits am 07.02.2009 für ausgeschlossen, da zu diesem Zeitpunkt die Klagefrist von einem Monat abgelaufen war und einer Erweiterung die ausdrückliche Klagebegrenzung entgegensteht.

Die Klage ist, soweit sie zulässig ist, z. T. begründet. Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale II/05 bis IV/06 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.06.2008 sind rechtswidrig, soweit die Beklagte die hausärztliche Grundvergütung nicht auch in den Fällen zuerkannt hat, bei denen in der versorgungsebenenübergreifenden Gemeinschaftspraxis zugleich fachärztliche Leistungen abgerechnet worden sind, und waren daher abzuändern. Für die Quartale I und II/06 sind die Bescheide ferner hinsichtlich der Vergütung der Koloskopieleistungen rechtswidrig. Im Übrigen sind die Bescheide, soweit angefochten, rechtmäßig. Die Beklagte war daher zu verpflichten, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihre Honoraransprüche neu zu bescheiden.

Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale II/05 bis IV/06 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.06.2008 sind rechtswidrig, soweit die Beklagte die hausärztliche Grundvergütung nicht auch in den Fällen zuerkannt hat, bei denen in der versorgungsebenenübergreifenden Gemeinschaftspraxis zugleich fachärztliche Leistungen abgerechnet worden sind. § 2 Unterabschnitt 2.10 HVV, der eine Vergütung ausschließt, ist insoweit rechtswidrig und damit unbeachtlich.

Nach der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Verbänden der Krankenkassen zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005, bekannt gemacht als Anlage 2 zum Landesrundsreiben/Bekanntmachung vom 10.11.2005 (HVV), die insoweit bis zum Quartal I/07 fortgeführt wurde, ist Grundlage für die Abrechnung der erbrachten vertragsärztlichen Leistungen der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), die dazu ergänzend ergangenen Beschlüsse des Bewertungsausschusses sowie die zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Abrechnungsbestimmungen in der jeweils gültigen Fassung vorbehaltlich abweichender Regelungen im Rahmen dieser Vereinbarung (§ 2 Abschnitt 2.1 Abs. 1 Satz 1 HVV).

Die mit 90 Punkten bewertete Ziff. 03000 "Hausärztliche Grundvergütung" EBM 2005 beinhaltet die Hausärztliche Grundvergütung gemäß [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) für die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines

häuslichen und familiären Umfeldes, die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten, die Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen, die Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt, die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, einmal im Behandlungsfall.

Nach § 2 Unterabschnitt 2.10 HVV "Zuerkennung der hausärztlichen Grundvergütung bzw. der versorgungsspezifischen Bereitschaftspauschale bei Gemeinschaftspraxen und bei Doppelzulassungen" erfolgt die Zuerkennung der hausärztlichen Grundvergütung nach Nrn. 03000 bzw. 04000 grundsätzlich nach den Bestimmungen des EBM 2005. In versorgungsebenenübergreifenden Gemeinschaftspraxen und in Praxen basierend auf einer Doppelzulassung ist für solche Behandlungsfälle, zusätzlich zu den Regelungen des EBM 2005, die Zuerkennung der Nrn. 03000 bzw. 04000 EBM 2005 ausgeschlossen, falls im Behandlungsfall fachärztliche Leistungen der Kapitel III.5 bis III.27, ausgenommen Nrn. 13250 bis 13258 sowie 27310 bis 27330 EBM 2005, zur Abrechnung kommen (§ 2 Unterabschnitt 2.10.1 HVV).

§ 2 Unterabschnitt 2.10.1 HVV setzt sich damit in Widerspruch zu den Vorgaben des EBM 2005, die einen solchen Ausschluss nicht vorsehen. Nr. 03000 EBM 2005 gehört zu den arztgruppenspezifischen Leistungen, die durch die in der Gemeinschaftspraxis tätige Fachärztin für Allgemeinmedizin abgerechnet werden kann. Der EBM 2005 enthält keine Bestimmung hierüber, dass die Abrechenbarkeit im Falle einer Gemeinschaftspraxis entfallen würde. Die Abrechenbarkeit einer Leistung folgt vielmehr zunächst aus dem Zulassungsstatus, an den das jeweilige Fachgebiet geknüpft wird. Leistungsausschlüsse bedürfen daher auch dann, wenn sie den Status nicht unmittelbar betreffen, einer – auch untergesetzlichen – Regelung. Dies obliegt dem Bewertungsausschuss als EBM-Geber (§ 87 SGB V). Bei dem EBM handelt es sich um untergesetzliche Rechtsnormen in der Form der Normsetzungsverträge (vgl. BSG, Urt. v. 20.01.1999 - [B 6 KA 9/98 R](#) - SozR 3 2500 § 87 Nr. 21 = [BSGE 83, 218](#), juris Rdnr. 13; Freudenberg in: jurisPK-SGB V, § 87, Rdnr. 39, jeweils m.w.N.). Der EBM ist Bestandteil der Bundesmantelverträge ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) und diese sind Bestandteil der Gesamtverträge ([§ 82 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). An die Gesamtverträge sind wiederum die vertragsschließenden Parteien, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen unmittelbar gebunden (vgl. Freudenberg in: jurisPK-SGB V, § 82, Rdnr. 30, m.w.N.).

Der von der Beklagten behauptete Leistungsausschluss folgt auch nicht bereits aus den gesetzlichen Vorgaben bzw. dem Verweis der Ziff. 03000 EBM 2005 auf [§ 87 Abs. 2a SGB V](#).

Nach [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) in der Fassung des Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) v. 14.11.2003, [BGBl I 2003, 2190](#), die bis zum 31.07.2007 gegolten hat, sind die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen aufgeführten Leistungen, unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen, zu Leistungskomplexen oder Fallpauschalen zusammenzufassen; für die Versorgung im Rahmen von kooperativen Versorgungsformen sind Fallpauschalen festzulegen, die dem fallbezogenen Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in diesen Versorgungsformen Rechnung tragen (Satz 1). Für die Abrechnung von Fallpauschalen sind Regelungen für den dabei zu erbringenden Leistungsumfang zu treffen; bei Fallpauschalen nach Satz 1 zweiter Halbsatz sind ferner Mindestanforderungen zu der institutionellen Ausgestaltung der Kooperation der beteiligten Ärzte festzulegen (Satz 2). Soweit dies medizinisch erforderlich ist, können Einzelleistungen vorgesehen werden (Satz 3). Für die üblicherweise von Hausärzten erbrachten Leistungen, insbesondere die Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen, ist eine auf den Behandlungsfall bezogene Bewertung vorzusehen (hausärztliche Grundvergütung) (Satz 4). Die nach Absatz 2 Satz 1 bestimmten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31. März 2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden (Satz 5). Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 5 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Grunde zu legen (Satz 6). Im Verteilungsmaßstab nach § 85 Abs. 4 sind Regelungen vorzusehen, die sicherstellen, dass die Abrechnung der in Satz 4 genannten Leistungen für einen Versicherten nur durch einen Arzt im jeweiligen Abrechnungszeitraum erfolgt; ferner sind Regelungen für den Fall eines Arztwechsels innerhalb des Abrechnungszeitraums vorzusehen (Satz 7). Die Vertragspartner der Bundesmantelverträge stellen sicher, dass der nach § 85 Abs. 3a Satz 8 zusätzlich zu entrichtende Betrag mit Wirkung vom 1. Januar 1995 für eine entsprechende Erhöhung der Punktzahl für die hausärztliche Grundvergütung im Rahmen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes verwendet wird (Satz 8). Die Bewertung der von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann so festgelegt werden, dass sie mit zunehmender Menge sinkt (Abstaffelung); der Bewertungsausschuss bestimmt die Leistungen, insbesondere medizinisch-technische Leistungen, für die eine Abstaffelung vorzunehmen ist (Satz 9). Die Regelungen nach den Sätzen 1, 2, 5, 6 und 9 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2004 zu treffen (Satz 10).

Der auf das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung /Gesundheitsstrukturgesetz) v. 21.12.1992, [BGBl I 1992, 2266](#) zurückgehende Satz 4 des [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) sollte zugleich die Grundlagen für eine gezielte Verbesserung der hausärztlichen Vergütung schaffen, indem allein vom Hausarzt abrechenbare Leistungen gesondert ausgewiesen und bestimmte hausärztliche Leistungen mit einer fallbezogenen Grundvergütung honoriert werden (vgl. [BTDrs. 12/3608, S. 89](#) (zu Nr. 42 Buchstabe b zu Abs. 2a)).

Der Gesetzgeber flankiert mit [§ 87 Abs. 2 a SGB V](#) die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeführte Trennung der haus- und fachärztlichen Versorgungsbereiche. Nach [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) nehmen an der hausärztlichen Versorgung Allgemeinärzte, Kinderärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und Abs. 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind, und Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben, teil (Hausärzte). Die übrigen Fachärzte nehmen ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teil ([§ 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V](#)). Damit ist klargestellt, dass Ärzte, die nicht zu den Arztgruppen gehören, denen kraft Gesetzes der Teilnahmestatus im Rahmen der hausärztlichen Versorgung vorgeschrieben ist oder die durch das Gesetz eine Wahlentscheidung eingeräumt erhalten haben, kraft gesetzlicher Regelung unmittelbar und ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. In [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) ist

schließlich klar festgelegt, dass der Zulassungsausschuss ausschließlich für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine von Satz 1 abweichende befristete Regelung treffen kann, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Der Ausschluss der Fachärzte von der hausärztlichen Versorgung ist auch nachvollziehbar, weil die Fachärzte aufgrund ihrer Bindung an die Fachgebietsgrenzen und des speziellen Zuschnitts ihres Fachgebietes ohnehin nicht die mit der hausärztlichen Versorgung verbundenen Aufgaben umfassend wahrnehmen können. Die Aufteilung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Bereich ist auch mit der Verfassung vereinbar (vgl. BVerfG, Beschl. v. 17.06.1999 - [1 BvR 2507/97](#) - SozR 3-2500 § 73 SGB V Nr. 3). Die Bestimmungen betreffen den Arzt auch nicht in seinem vertragsärztlichen Zulassungsstatus. Lediglich bestimmte ärztliche Leistungen werden ausschließlich der haus- bzw. der fachärztlichen Versorgung zugeordnet und können deshalb nur noch von dem Arzt abgerechnet werden, der im jeweiligen Bereich tätig ist. Der Arzt kann die zum Kern seines Fachgebiets gehörenden, das heißt die für dieses Gebiet wesentlichen und es prägenden Leistungen weiterhin erbringen und abrechnen (vgl. BSG, Beschl. v. [B 6 KA 12/05 B](#) - juris Rdnr. 9 m.w.N.;).

Folge der Teilnahme allein an der fachärztlichen Versorgung ist insbesondere, dass der Vertragsarzt keine Hausarztpraxis abrechnen kann. Dies galt bereits für die Vorläuferbestimmung nach Nr. 8060 EBM in der ab 01.04.1994 geltenden Fassung (vgl. BSG, Ur. v. 17.09.1997 - [6 RKA 90/96](#) - SozR 3-2500 § 87 Nr. 17 = [MedR 1998, 239](#) = USK 97136, juris Rdnr. 19 ff.; LSG Bayern, Ur. v. 24.11.2004 - [L 12 KA 269/04](#) - juris Rdnr. 14, bestätigt durch BSG, Beschl. v. [B 6 KA 12/05 B](#) -, aaO.).

Hieraus kann aber ebenso wenig gefolgert werden, die Tätigkeit einer Hausärztin in einer Gemeinschaftspraxis werde dann zur fachärztlichen Tätigkeit, wenn ein fachärztlich tätiger Gemeinschaftspraxispartner im selben Behandlungsfall Leistungen erbringt. Die hausärztlichen Aufgaben, die Grundlage der hausärztlichen Vergütung sind, entfallen nicht bereits deshalb zwingend. Im Falle zweier Einzelpraxen würde bei Überweisung zu einem Facharzt die hausärztliche Vergütung ebf. nicht entfallen. Es mag durchaus im Gestaltungsspielraum des Normgebers liegen, eine Begrenzung der hausärztlichen Vergütung vorzunehmen, wie sie im HVV der Beklagten getroffen wurde. Dies ist aber originäre Aufgabe des EBM-Gebers und kann nicht, u. U. regional unterschiedlich, in den einzelnen Honorarverteilungsverträgen vorgenommen werden.

Die Regelung in [§ 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V](#) betrifft nicht den Fall einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis. Soweit Regelungen vorzusehen sind, die sicherstellen, dass die hausärztliche Grundvergütung für einen Versicherten nur durch einen Arzt im jeweiligen Abrechnungszeitraum erfolgt, und für den Fall eines Arztwechsels innerhalb des Abrechnungszeitraums, betrifft dies den Fall, dass ein Versicherter einen zweiten Hausarzt im Quartal aufsucht.

Die Zuerkennung von Aufschlägen zu den Ordinationskomplexen für Gemeinschaftspraxen (Abschnitt I Nr. 5 EBM 2005) und die entsprechende Erhöhung des Regelleistungsvolumens berührt die hier strittige Regelung nicht. Die Zuerkennung von Aufschlägen und die entsprechende Erhöhung des Regelleistungsvolumens erfolgt auch für rein hausärztlich tätige Gemeinschaftspraxen oder auch für fachgebietsübergreifende Gemeinschaftspraxen ohne einen hausärztlich tätigen Partner, betrifft also nicht ausschließlich hausärztlich-fachärztliche Gemeinschaftspraxen.

Mit der Regelung in ihrem HVV geht im Übrigen die Beklagte offensichtlich auch selbst davon aus, dass eine abweichende Regelung zum EBM notwendig ist. Eine wie auch immer geartete Steuerungswirkung der Regelung ist nicht ersichtlich, so dass auch unter diesem Gesichtspunkt den Vertragsparteien des HVV keine Regelungskompetenz zukommt.

Von daher wird die Beklagte bei einer Neubescheidung die hausärztliche Grundvergütung auch in den Fällen zuerkennen müssen, bei denen in der versorgungsebenenübergreifenden Gemeinschaftspraxis zugleich fachärztliche Leistungen abgerechnet worden sind.

Die Höhe der Vergütung der Leistungen der kurativen Koloskopie für die Quartale I und II/06 ist z. T. zu beanstanden.

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 abgerechnet 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) einzelnen 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.

Die Beklagte hat die Klägerin der Honorargruppe der Ärzte für Allgemeinmedizin, A 2.1, und abrechnungstechnisch der VFG-VTG 04.82 zugeordnet. Diese Zuordnung ist von der Klägerin nicht angegriffen worden, so dass hier dahinstehen kann, ob diese Zuordnung den Vorgaben des HVV entspricht bzw. die Regelung der Zuordnung von Gemeinschaftspraxen nur zu einer Honorargruppe zulässig ist (vgl. BSG, Ur. v. 28.06.2002 - [B 6 KA 28/01 R](#) - SozR 3-2500 § 85 Nr. 47 = [NZS 2003, 494](#), zitiert nach juris, Rdnr. 23; SG Dresden, Ur. v. 17.12.2003 - [S 15 KA 378/02](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris; SG Marburg, Ur. v. 28.10.2009 - [S 11 KA 522/07](#) -; SG Marburg, Ur. v. 19.07.2006 - [S 12 KA 45/05](#) -).

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.

Für den fachärztlichen Versorgungsbereich sah der HVV für die Quartale II und III/05 vor, dass, soweit der Verteilungsbetrag für einen Punktwert von 4 Ct. nicht ausreicht, nach Ziffer 2.2 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.2 HVV eine Quotierung zu erfolgen hat. 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 (vgl. hierzu SG Marburg, Urt. v. 24.09.2008 - [S 12 KA 35/08](#) -, www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris, Berufung nur der Beklagten anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 84/08](#) -).

Diese Regelung für den fachärztlichen Versorgungsbereich wurde durch Ziff. 1.6 der Ergänzungsvereinbarung vom 22.06.2006 zum 01.10.2005 aufgehoben und durch folgende Regelung, die bis einschließlich des Quartals I/07 galt, ersetzt: "Der Honoraranteil für die Leistungen der kurativen Koloskopie Nr. 13421 EBM2000plus ist begrenzt auf den im entsprechenden Quartal des Jahres 2002 zur Verfügung stehenden Anteil zuzüglich Gesamtvergütungsanteil gemäß Bundesempfehlung. Für den Fall, dass die Quote für die Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM2000plus unter der Quote für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens liegt, ist eine Stützung auf die RLV-Quote vorzunehmen."

Die Beklagtenvertreterin hat in der mündlichen Verhandlung darauf hingewiesen, dass der Punktwertverfall in der fachärztlichen Versorgungsebene bei gleichzeitigem Punktwertanstieg im hausärztlichen Bereich zu einer einheitlichen Honorierung für beide Bereiche ab dem Quartal IV/05 geführt habe, wobei die Vergütungsanteile beider Versorgungsbereiche nicht berührt würden. So habe für die Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2005 zuletzt im Quartal III/05 im hausärztlichen Bereich der Punktwert (brutto vor EHV-Abzug) 6,147 Ct. im Primärkassenbereich und 6,584 Ct. im Ersatzkassenbereich betragen, demgegenüber in der fachärztlichen Versorgungsebene lediglich 2,952 Ct. bzw. 3,277 Ct. Die Änderung führte für die Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2005 in den Quartalen IV/05 bis II/06 zu einheitlichen Punktwerten (brutto vor EHV-Abzug) in Höhe von 4,367 Ct., 2,787 Ct und 3,364 Ct. im Primärkassenbereich und in Höhe von 4,693 Ct., 2,764 Ct. und 3,508 Ct. im Ersatzkassenbereich.

Es kann hier dahinstehen, ob diese Vorgehensweise zu Verschiebungen der Vergütungsanteile zwischen den beiden Versorgungsbereichen geführt hat und ob diese ggf. wegen Verschiebungen der Leistungserbringung in den Versorgungsbereichen nicht gerechtfertigt wäre. Jedenfalls ist der Kammer aber für den hausärztlichen Bereich eine diesbezügliche Rechtsgrundlage nicht ersichtlich.

Für den hausärztlichen Bereich sind die Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2005 nach Ziffer 6.4 HVV zu einem Punktwert von 4,0 Ct. (vorbehaltlich einer gegebenenfalls erforderlichen Quotierung) zu vergüten. Ein gesonderter Honorartopf für alle Leistungen der kurativen Koloskopie, unabhängig davon, in welcher Versorgungsebene diese Leistungen erbracht werden, sieht der HVV nicht vor und ist auch durch die Ergänzungsvereinbarung nicht eingeführt worden. Der Vorbehalt der Quotierung ist vielmehr auf die Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVV zu beziehen. Soweit die Beklagte die Klägerin dem hausärztlichen Bereich zugeordnet hat, gilt die Regelung nach Ziff. 2.1 Abs. 3 Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVV:

Die so für die einzelne Honorar(unter)gruppe ermittelten Anteile am Verteilungsbetrag werden (jeweils) dann den gemäß Ziffer 6.4 bewerteten Honorarforderungen gegenübergestellt. Reicht dabei der zur Verfügung stehende Anteil am Verteilungsbetrag in einer Honorar(unter)gruppe zur Honorierung der angeforderten Leistungen nicht aus, erfolgt eine Quotierung aller Honorarforderungen innerhalb des Regelleistungsvolumens und damit des Punktwertes von 4 Ct. Soweit die so festgestellten Quoten um mehr als 15%&8208;Punkte von der nach gleicher Vorgehensweise über beide Honorar(unter)gruppen gebildeten (mittleren) Quote abweicht, ist, soweit möglich, ein Ausgleich zwischen beiden Honorar(unter)gruppen A 2.1 und A 2.2 mit dem Ziel der Erreichung einer maximalen Abweichung von 15%&8208;Punkten von der mittleren Quote durchzuführen.

Die Kammer versteht diese Regelung so, dass wegen des Vorbehalts in Ziff. 6.4 HVV auch die Leistungen der kurativen Koloskopie quotiert werden können, so dass im hausärztlichen Versorgungsbereich die Leistungen der kurativen Koloskopie deshalb mindestens zu dem (oberen) Punktwert (vor Abzug EHV) vergütet werden müssen, der auch für die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergüteten Leistungen ausgeworfen wird. Dieser Punktwert betrug im Quartal I/06 3,743 Ct. im Primärkassenbereich und 3,054 im Ersatzkassenbereich, im Quartal II/06 3,847 Ct. bzw. 3,337 Ct. Gegenüber den zugestandenen Punktwerten in Höhe von 2,787 Ct./2,764 Ct. (Quartal I/06 Primärkassen-/Ersatzkassenbereich) bzw. 2,764 Ct./3,508 Ct. (Quartal II/06) waren diese Punktwerte mit Ausnahme des Punktwerts im Quartal II/06 im Ersatzkassenbereich höher.

Die Beklagte wird daher bei einer Neubescheidung entweder zunächst eine Rechtsgrundlage in dem HVV zu schaffen haben, soweit dies insbesondere unter Beachtung des Rückwirkungsverbots und Beachtung der Grenzen der Vergütungsanteile für beide Versorgungsbereiche zulässig ist, oder aber unter Beachtung der bestehenden Regelungen eine Vergütung zu den höheren Punktwerten der Honoraruntergruppe vorzunehmen haben.

Im Übrigen war aber dem Vorbringen der Klägerin nicht zu folgen.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf nachträgliche Korrektur der nach den Nrn. 13251 bis 13254 EBM 2005 abgerechneten Leistungen in Leistungen nach Nr. 13250 EBM 2005.

Leistungen nach Nrn. 13251 bis 13254 EBM 2005 können nur nach Überweisung abgerechnet werden und damit nicht in einer Gemeinschaftspraxis. Soweit diese Leistungen zugleich Bestandteil des fachinternistischen Basiskomplexes sind, den die Klägerin hätte ansetzen können, so muss sie sich dies selbst zurechnen lassen. Soweit aus ihrer Sicht seinerzeit Unklarheiten über die Abrechnungsmöglichkeiten bestanden hätten, hätte sie rechtzeitig entsprechende Auskünfte bei der Beklagten einholen können. Eine Rechtspflicht der Beklagten, eine zunächst falsch abgerechnete Leistung durch die mögliche Leistung zu ersetzen, besteht nicht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung in [§ 155 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Die Quotelung entspricht dem Umfang des Obsiegens und Unterliegens. Zu berücksichtigen war, dass die Klägerin bzgl. der Koloskopievergütung nicht in vollem Umfang obsiegt hat.

Rechtskraft

Aus

Login

HES
Saved
2011-11-15