

L 24 KA 65/14

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
24

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 139/11

Datum
04.06.2014
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KA 65/14

Datum
16.10.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht

Aktenzeichen
B 6 KA 75/15 B
Datum
09.02.2016

Kategorie
Urteil
Bemerkung

BSG: Beschwerde - Beschluss (-)

Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit sind die Honorarbescheide der Beklagten für die Klägerin für die Quartale I/2010 bis III/2010.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis und in S zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie ist der Arztgruppe "Radiologen mit CT und MRT" zugeordnet. Zur Praxis gehörten zur damaligen Zeit zwei Ärzte, Frau Dr. F und Herr H), wobei nur Dr. F Leistungen im MRT Bereich erbrachte.

Die Beklagte wies der Klägerin mit Bescheid vom 17. Dezember 2009 für das Quartal I/2010 ein Regelleistungsvolumen in Höhe von 172.629,01 Euro zu. Diese schrieb daraufhin, dass nicht ersichtlich werde, in welcher Weise das künftige Honorar ausfallen werde. Insbesondere bat sie um Auskunft, in welcher Weise die abzurechnenden MRT Leistungen berücksichtigt würden, wenn sich die Ausstattung bzw. Qualifikation im Quartal I/2010 von den Voraussetzungen im Quartal I/2009 unterscheide. Die MRT Leistungen biete sie seit 1. Juli 2009 an.

Die Beklagte wies mit Bescheid vom 25. Februar 2010 der Klägerin ein Regelleistungsvolumen für das Quartal II/2010 über 163.246,51 Euro zu, ferner mit Bescheid vom 26. Juni 2010 ein Regelleistungsvolumen für das Quartal III/2010 in Höhe von 191.621,61 Euro.

Die Beklagte antwortete mit Schreiben vom 29. Juli 2010 auf die Frage der Kläger zum Quartal I/2010, der Fallwertzuschlag MRT für Dr. F werde analog § 16 Abs. 1 (Neuzulassungen und Praxisübernahme) der Vereinbarung zur Gesamtvergütung und zur arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina im Jahr 2010 (M GV/A RLV-Vertrag in der Fassung vom 22. Dezember 2009 = M-GV/A-RLV) erbracht.

Mit Honorarbescheid vom 29. Juli 2010 bewilligte die Beklagte der Klägerin für das Quartal I/2010 ein Bruttohonorar in Höhe von 225.881,87 Euro. Davon entfielen auf das arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen (A-RLV) 77,86 % der angeforderten 272.754,23 Euro = 212.364,59 Euro, ferner 10.536,96 Euro für die abgestaffelten Leistungen sowie unquotierte 1.388,16 Euro aus freien Leistungen.

Die Klägerin erhob hiergegen am 4. August 2010 Widerspruch. Die für die Abrechnung verwendeten Fallzahlen entsprächen nicht den abgerechneten.

Die Beklagte bewilligte mit Honorarbescheid vom 28. Oktober 2010 für das Quartal II/2010 ein Bruttohonorar von 206.310,27 Euro. Das A RLV betrug dabei 71,21 % der angeforderten 269.606,37 Euro = 191.996,40 Euro.

Die Klägerin legte am 11. November 2010 Widerspruch ein. Dem gab die Beklagte teilweise statt und bewilligte mit Honorarbescheid vom 26. Januar 2011 ein Bruttohonorar von nunmehr 214.518,35 Euro, was einer Vergütung im RLV von 75,44 % entsprach. Die Klägerin erklärte, ihren Widerspruch aufrechtzuerhalten.

Mit Honorarbescheid vom 27. Januar 2011 setzte die Beklagte das Honorar für das Quartal III/2010 auf 218.173,54 Euro fest. Der

Honoraranteil für das RLV- einschließlich dem ab diesem Quartal neu eingeführten Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)- betrug 191.621,61 Euro und damit 72,85 % der angeforderten 263.049,58 Euro.

Die Klägerin erhob hiergegen am 10. Februar 2011 Widerspruch. Im Quartal seien im CT Bereich von 696 erbrachten Fällen nur 609,35 und im MRT Bereich von 463 nur 279,85 berücksichtigt worden.

Die Beklagte gab dem Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 21. September 2011 teilweise statt. Sie berücksichtigte bei Herrn H für die Berechnung des A RLV den Faktor zur Berücksichtigung einer versorgungsrelevanten fachlichen Spezialisierung gemäß § 18 Abs. 3 M GV/A RLV-Vertrag (in der hier geltenden Fassung ab 1. Juli 2010) auf 1,1235. Das Volumen aus A RLV und QZV in der Praxis werde um 37,27 % und damit um mehr als 30 überschritten. Gleichzeitig sei der Fallwert der Arztgruppe gemäß Anlage 3 um mehr als 15 % überschritten, weil der tatsächlich im A RLV angeforderte Fallwert von 38,82 Euro um 75,34 % über dem normativen Fallwert der Arztgruppe (22,14 Euro) gelegen habe. Es werde festgestellt, dass der Anteil der Sonographieleistungen (EBM Gebührennummern 33000 bis 33092) am A RLV-Gesamtleistungsbedarf 18,79% betrüge und den Anteil der Arztgruppe um mehr als 50 % überschreite. Die Berücksichtigung dieser Spezialisierung auf 1,1235 Euro bedinge einen Nachvergütungsbetrag in Höhe von 6.651,16 Euro.

Hiergegen richtet sich die Klage der Klägerin vom 19. Oktober 2011 beim Sozialgericht Potsdam (Az. [S 1 KA 139/11](#)).

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 3. Dezember 2012 den Widerspruch vom 11. Oktober 2010 hinsichtlich des Quartals II/2010 zurück. Der Bescheid entspreche den Regelungen des M GV/A RLV-Vertrages, der seinerzeit die Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BewA) bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBewA) zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung korrekt umgesetzt habe. Die Berechnung der A RLV erfolge nach § 8 Abs. 2 M-GV/RLV nach Maßgabe der Regelungen der Teile G und H des Beschlusses des EBewA zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010 vom 2. September 2009 (Beschluss 2010) einschließlich der am 22. September 2009 durch den BewA als Teil F beschlossenen Ergänzungen zum Beschluss 2010 und den im M-GV/A-RLV vereinbarten Normen. Insbesondere seien die CT-Zuschläge richtig ermittelt worden. Hinsichtlich des MRT Zuschlages für Dr. F sei gemäß § 16 Abs. 1 M-GV/A RLV die tatsächliche Fallzahl des Abrechnungsquartals II/2010 herangezogen worden. Das Vorliegen von Praxisbesonderheiten sei geprüft und verneint worden.

Auch hiergegen hat die Klägerin am 10. Dezember 2012 Klage erhoben (Az.: Sozialgericht Potsdam S 1 KA 98/12).

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 25. April 2013 (Zustellung 26. April 2013). den Widerspruch der Klägerin vom 4. August 2010 für das Quartal I/2010 zurück. Die Fallzählung für das A RLV sei auf der Grundlage des Vorjahresquartals ermittelt worden. Die CT Zuschläge seien gemäß § 14 Abs. 3 M GV/A RLV-Vertrag korrekt ermittelt worden. Bezüglich der MRT Leistungen stelle sich das Honorarquartal I/2010 als drittes Abrechnungsquartal dar. Gemäß § 16 Abs. 1 Satz 3 M GV/A RLV-Vertrag sei für die Ermittlung des MRT Zuschlages daher die tatsächliche Fallzahl des Abrechnungsquartals I/2010 heranzuziehen. Der Vorstand der Beklagten habe auch Praxisbesonderheiten geprüft (Zustellung 26. April 2013).

Die Klägerin hat hiergegen am 21. Mai 2013 Klage beim Sozialgericht Potsdam erhoben (Az.: S 1 KA 43/13).

Das SG hat mit Beschluss vom 3. Juli 2013 die drei Verfahren verbunden.

Zur Klagebegründung hat die Klägerin ihr vorgerichtliches Vorbringen wiederholt. In der Zeit der Planung und Durchführung der MRT Installation in der Praxis im Zeitraum 2008/2009 hätten Honorarregelungen gegolten, die Radiologen mit MRT Qualifikation einen deutlich höheren Fallwert zugebilligt hätten. Unter dieser Prämisse sei die Investition wirtschaftlich vertretbar bzw. sinnvoll gewesen. Zu diesem Zeitpunkt sei nicht vorhersehbar gewesen, dass ab 2010 Honorarbegrenzungen auf die Praxis zukommen würden, die zwar Radiologen mit MRT berücksichtigten, aber als Bezugswert die Einarbeitungszeit am Gerät zugrunde legten und Steigerungsmöglichkeiten nicht mehr zuließen. Bei Investitionen im siebenstelligen Bereich werde auf diese Weise die Wirtschaftlichkeit der gesamten Praxis gefährdet. Auch stehe die Anerkennung der Praxisbesonderheit der Leistungserbringung nach Gebührenposition 34502 EBM (CT gesteuerte Intervention durch Dr. F) aus. Hinsichtlich des Quartals II/2010 hat die Klägerin vorgebracht, in der Praxis seien überdurchschnittlich viele Ultraschall- und Mammographieleistungen durch Herrn H erbracht worden, ebenso überdurchschnittliche viele CT gestützte Wirbelsäulenbehandlungen durch Dr. F.

Die Regelung in § 15 Abs. 5 M GV/A RLV (i. d. Fassung ab III/2010) verstoße gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Ferner müsste die MRT Leistungsfallzahl um weitere 185 erhöht werden, weil die Rechtsprechung des BSG zu den Wachstumsmöglichkeiten von Anfängern und unterdurchschnittlich abgerechneten Arztpraxen Abwendung fänden (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 3. Februar 2010 - [B 6 KA 1/09 R](#) - Rdnr. 13). Bei dem von der Beklagten angeführten Urteil des BSG vom 7. Februar 1996 ([6 RKa 6/95](#)) habe das BSG dem Arzt das Risiko zugewiesen, bestimmte Leistungen nicht mehr anzubieten. Die Klägerin hingegen habe im Gegenteil bestimmte Leistungen zusätzlich angeboten.

Die Beklagte hat hinsichtlich der Abrechnung des Quartals III/2010 vorgebracht, die Klägerin könne sich für dieses Quartal nicht mehr auf eine "Anfängerregelung" im Zusammenhang mit der Erweiterung ihres Leistungsspektrums auf MRT Leistungen berufen. Gemäß § 15 M-GV/A RLV-Vertrag würden zur Ermittlung des Zuschlages für CT Leistungen (nur) solche Fälle berücksichtigt, in denen CT Leistungen gemäß dem Abschnitt 34.3 EBM sowie die Gebührenposition 34502 EBM abgerechnet würden. Im maßgeblichen Vorjahresquartal III/2009 habe Dr. F in 391 von insgesamt 2654 RLV relevanten Arztfällen die vorgenannten EBM Leistungen abgerechnet. Hieraus ergebe sich ein Leistungsanteil von 0,1473. Dieser sei der Berechnung des A RLV zugrunde gelegt worden. Sie hat eine Tabelle eingereicht, aus der sich die von ihr herangezogenen CT Fälle ergäben (einschließlich Behandlungsfälle mit Abrechnung der Gebührennummer 345042 EBM - GA Bl. 15 ff.). Der Vortrag der Klägerin sei sachlich fehlerhaft, wonach eine Benachteiligung von Gemeinschaftspraxen bei der Berechnung der Zusatzfallwerte vorliege. Die Klägerin habe auch vollkommen unberücksichtigt gelassen, dass sie einen Kooperationszuschlag (hier der Faktor 1,1) erhalten habe.

Das SG hat die Klagen mit Urteil vom 4. Juni 2014 abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide seien rechtmäßig. Die Gesamtpartner im Land Brandenburg hätten die bundesrechtlichen Vorgaben in dem M GV/A RLV aufgrund der Vereinbarung vom 22. Dezember 2009 für die

Quartale I/2010 und II/2010 und in der Fassung vom 17. August 2010 für das Quartal III/2010 rechtmäßig umgesetzt. Eine Schlechterstellung von Berufsausübungsgemeinschaften gegenüber den Einzelpraxen könne beim CT- bzw. MRT Zuschlag nicht festgestellt werden. Die Beklagte habe bei der Berechnung der Behandlungsfallzahlen entsprechend eines Leistungsfallanteils in der Praxis nicht einen Schritt, der nach Ansicht der Klägerin vom Bewertungsausschuss vorgegeben worden sei, ausgelassen. Auch sei das Ziel des Kooperationsaufschlages, welcher der Klägerin als Berufsausübungsgemeinschaft gewährt worden sei, unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit, eine durch die originäre Fallzählung sich ergebende Benachteiligung gegenüber Einzelpraxen zu vermeiden. Die Klägerin stelle sich mit der zum Quartal III/2009 erfolgten Leistungserweiterung (Anschaffung eines MRT) weder als Anfängerpraxis noch als unterdurchschnittlich abrechnende Praxis dar. Nach der Entscheidung des BSG vom 17. Juli 2013 stelle sich bereits der Eintritt eines weiteren Arztes in eine bestehende Berufsausübungsgemeinschaft nicht als Neuaufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit dar. Auch die Neuanbietung der MRT Leistungen ändere nichts an der Gestalt der bereits bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft. Die Klägerin könne sich auch nicht mit Erfolg auf die Rechtsprechung zu unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen stützen. Nach der Rechtsprechung des BSG dürfe zwar nach dem Eintritt eines Arztes in eine BAG nicht allein nach deren Fallzahl im jeweiligen Vorjahresquartal berechnet werden, sondern müsse eine zusätzliche Fallzahl für den neu eintretenden Arzt berücksichtigt werden. Diese Konstellation treffe aber bei der Klägerin nicht zu. Ungeachtet dessen habe die Beklagte sowohl im I. als auch im II. Quartal 2010 mangels MRT Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal die tatsächliche Fallzahl umgerechnet auf den Leistungsfallanteil der Dr. F zugrunde gelegt. Ab dem Quartal III/2010 habe es sie dann, ohne die Klägerin zu benachteiligen, die Fallzahl des Vorjahresquartals heranziehen können.

Gegen das ihr am 3. Juli 2014 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin vom 29. Juli 2014. Zu deren Begründung führt sie aus, der Beschluss des BewA vom 26. März 2010 gebe in Teil F I 1.2.6 für das Quartal III/2010 vor, dass die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis immer der Anzahl der RLV relevanten Behandlungsfälle entsprechen müsse. An dieser Vorgabe sei auch die Regelung in § 15 M GV/A RLV zu messen. § 15 Abs. 5 M GV/A RLV-Vertrag gebe einen Leistungsfallanteil bezogen auf die RLV-relevante Arztfallzahl für die Berechnung des Zuschlages vor, die dann aus der Multiplikation des Leistungsfallanteils mit der RLV Fallzahl des Vertragsarztes im Vorjahresquartal zu ermitteln sei. Es werde also für die Berechnung des CT- bzw. MRT RLV nicht die Arztfallzahl, sondern die niedrigere Behandlungsfallzahl zugrunde gelegt. Dies habe den Effekt, dass weniger CT- oder MRT Behandlungsfälle der Berechnung zugrunde gelegt würden, als tatsächlich geleistet würden. Das geringere RLV für CT /MRT Behandlungsfälle trete auch auf, wenn die Ärzte solche Leistungen in keinem Falle bei der Behandlung desselben Patienten erbrächten. Auf den Kooperationszuschlag könne sich das SG zur Begründung der Ungleichbehandlung nicht berufen. Diente er rein der Kompensation dieses Nachteiles, bliebe kein Vorteil übrig trotz Förderungspflicht, weil die vom SG herangeführten wirtschaftlichen Vorteile einer Berufsausübungsgemeinschaft aufgrund gemeinsamer Raum-, Personal- und Gerätenutzung auch im Rahmen einer Praxisgemeinschaft aufträten. Die Klägerin müsse weiter als Aufbaupraxis anerkannt werden. Bis in das Jahr 2010 sei es tatsächlich so gewesen, dass die Möglichkeit bestanden habe, die Anschaffung eines MRT durch höhere Fallwerte zu amortisieren. Bis dahin habe eine Arztpraxis mit MRT Leistungen einen höheren Fallwert auf alle Behandlungsfälle zugesprochen bekommen. So sei das neue Leistungsspektrum sofort im RLV abgebildet gewesen. Im Vertrauen auf eine mögliche Amortisierung durch diese Regelung habe die Klägerin die Investition in ein MRT getätigt. Aufgrund von § 15 M GV/A RLV-Vertrag könne die Anschaffung gerade keine höheren Fallwerte nach sich ziehen. Der höhere Fallwert werde nämlich an die konkreten MRT Behandlungsfallzahlen des Vorjahres geknüpft. Die Entscheidung des BSG vom 17. Juli 2013 ([B 6 KA 44/12 R](#)) könne also nicht auf die streitgegenständliche Regelung übertragen werden. Dies habe offenbar auch die Beklagte erkannt, indem sie im ersten Jahr - also bis zum Quartal III/2010 - die tatsächlichen MRT Behandlungsfallzahlen zugrunde gelegt habe. Wenn die RLV Berechnung auf allgemein-radiologische Leistungen, CT Leistungen und MRT Leistungen aufgeteilt werde, so müsse der Kooperationsgrad für den jeweiligen Leistungsbereich berechnet und der RLV Ermittlung zugrunde gelegt werden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 4. Juni 2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, unter Änderung des Honorarbescheides vom 29. Juli 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. April 2013 sowie unter Änderung des Honorarbescheides vom 28. Oktober 2010, in der Fassung des Bescheides vom 26. Januar 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Dezember 2012 sowie unter Änderung des Honorarbescheides vom 27. Januar 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. September 2011 zu verurteilen, über den Honoraranspruch der Klägerin für das I., II. und III. Quartal 2010 unter Berücksichtigung der Auffassung des Gericht neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt vor, es widerspräche gerade der Regelung des BewA in Teil F I.1.2.6, wenn für die Berechnung der CT /MRT Zuschläge die Arztfallzahl genommen werde, denn nach der Vorschrift sei bei Berufsausübungsgemeinschaften die Zahl der RLV Fälle eines Arztes mit der Zahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis zu multiplizieren mit seinem Anteil an der RLV relevanten Arztfallzahl. Es sei somit systematisch zwingend, dass der auf der Grundlage der Arztfallzahl ermittelte Leistungsbedarfsanteil nicht auf die Arztfälle, sondern auf die RLV relevanten Behandlungsfälle der Praxis angewendet werde. Dass nicht die in einer Berufsausübungsgemeinschaft abgerechneten Arztfälle Grundlage der Berechnung der Regelleistungsvolumen seien, gelte für alle Leistungsbereiche, die den Begrenzungsregelungen durch RLV und QZV unterlägen. Die rechnerischen Ergebnisse seien im Übrigen vergleichbar. Klarzustellen sei auch, dass in dem Fall, in dem Ärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft keine gemeinsamen Behandlungsfälle vorwiesen, die Arztfallzahl der Behandlungsfallzahl entspreche. Auch sei es falsch, dass sich bis 2010 ein neues Leistungsspektrum sofort im RLV abgebildet habe. Denn bereits seit 1. Januar 2009 hätten sich die RLV Fallwerte an der M GV bemessen, die sich nicht an tatsächlichen Leistungsbedarfen der aktuellen Abrechnungszeiträume, sondern an Leistungsbedarfen der Vorjahre orientiert hätten.

Auf die von den Beteiligten eingereichten Schriftsätze wird ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Berufung bleibt Erfolg versagt. Das SG hat die Klagen zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen, auf die zunächst zur Vermeidung bloßer Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) verwiesen wird.

Die angegriffenen Honorarbescheide sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Das den Klägern zugewiesene Regelleistungsvolumen (RLV) einschließlich der Zusatz RLV verstößt nicht gegen [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V; in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG] vom 26. März 2007 [[BGBl I S. 378](#)], gültig bis 31. Dezember 2011; nachfolgend: "SGB V a. F.").

Wie bereits das SG zutreffend ausgeführt hat, beruht dies auf einer korrekten Umsetzung der landesrechtlichen Vorgaben durch den M-GV/A-RLV, der seinerseits in Übereinstimmung mit den bundesrechtlichen Vorgaben des (E)BewA steht. Diese Vorgaben haben wiederum die formalgesetzlichen Regelungen in [§ 87b SGB V](#) a. F. rechtmäßig umgesetzt:

Gemäß [§ 87b Abs. 1 S. 1 SGB V](#) a. F. werden die vertragsärztlichen Leistungen abweichend von [§ 85 SGB V](#) von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) vergütet. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis sind gemäß [§ 87b Abs. 2 S. 1 SGB V](#) a. F. arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen. Dabei definiert [§ 87b Abs. 2 S. 2 SGB V](#) a. F. ein RLV nach Satz 1 als die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. Abweichend von Abs. 1 S. 1 ist die das RLV überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden ([§ 87b Abs. 2 S. 3 SGB V](#) a. F.).

Der gemäß [§ 87b Abs. 4 S. 1 SGB V](#) a. F. zur Bestimmung des Verfahrens zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach [§ 87b Abs. 2](#) und [3 SGB V](#) berufene BewA hat - als EBewA - in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 einen Beschluss zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010 gefasst (DÄ 2009; 106[39]: A-1907; ergänzt durch den Beschluss des BewA in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009, DÄ 2009 PP [11], November 2009, S. 518). Die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008, ergänzt und geändert durch die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 8., 11. und 12. Sitzung sowie durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses in der 164., 172. und 180. Sitzung sind durch diesen Beschluss fortgeschrieben worden.

Nach Teil F Nr. 1.2.1 des vorgenannten Beschlusses werden die RLV nach Maßgabe von Nr. 2. und 3. sowie den Anlagen 1 und 2 zu Teil F für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt. Der Rechenweg für die Bestimmung des arztindividuellen RLV ist in der Anlage 2 zu Teil F Nr. 1 des Beschlusses vorgegeben. Vereinfacht dargestellt, ergibt sich die Höhe des arzt- und praxisbezogenen RLV aus der Multiplikation der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal mit dem arztgruppenspezifischen Fallwert (Bundessozialgericht -BSG-, Urt. vom 11. Dezember 2013 - [B 6 KA 6/13 R](#)- Rdnr. 20)

Die bundesgesetzlichen Vorgaben sind nach der Rechtsprechung des BSG damit rechtmäßig umgesetzt: Nach [§ 87b Abs. 3 SGB V](#) a. F. sind die Werte für die RLV somit zum einen morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen (Satz 1), zum anderen sind gemäß Satz 2 insbesondere die dort aufgeführten Zahlungen sowie Zahl und Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Ärzte zu berücksichtigen (Satz 2). Nach Satz 2 Nr. 1 wird ausdrücklich die Berücksichtigung der "Summe der für einen Bezirk der KÄV nach § 87a Abs. 3 insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen" vorgegeben. Maßgeblicher Faktor für die Höhe des RLV sind somit nicht die Preise der Euro-Gebührenordnung, sondern die tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen. Somit stellt das RLV nur im "Idealfall" sicher, dass die von ihm erfasste Leistungsmenge in vollem Umfang mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet wird: Dies ist nämlich nur dann der Fall, wenn die Höhe der gezahlten Gesamtvergütungen - bzw. der auf die in das RLV fallende Leistungsmenge bezogene Anteil hieran - mit dem Geldbetrag übereinstimmt, der für die in das RLV fallenden Leistungen nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung insgesamt zu zahlen wäre. Es ist aber keineswegs ausgeschlossen, dass der für die Vergütung der in das RLV fallenden Leistungen zur Verfügung stehende Gesamtvergütungsanteil hierfür nicht ausreicht (BSG, a. a. O. Rdnr. 24).

In dem Umstand, dass aus den dargestellten Gründen nicht sichergestellt ist, dass die in das RLV fallenden Leistungen in jedem Fall mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden (oder das RLV umgekehrt nicht alle "notwendigen" Leistungen umfasst), liegt keine "gesetzwidrige" Lücke, die von der Rechtsprechung im Wege der Auslegung zu füllen wäre. Wenn der Gesetzgeber für die Berechnung des RLV nicht die Preise der Euro-Gebührenordnung, sondern die Höhe der vereinbarten Gesamtvergütungen zum Maßstab genommen hat, hat er damit zwangsläufig in Kauf genommen, dass die angestrebte Vergütung aller in das RLV fallenden Leistungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nicht in jedem Fall erreicht werden kann. Im Übrigen blieb dem Gesetzgeber insoweit ohnehin kein Spielraum, weil er andernfalls die Finanzierung der vertragsärztlichen Leistungen von Grund auf neu hätte regeln müssen. Die Vorgabe absolut fester Preise für eine bestimmte - zumindest bei zahlreichen Arztgruppen den größeren Teil der vertragsärztlichen Leistungen umfassenden - Leistungsmenge ist nicht kompatibel mit einer nach anderen Kriterien vereinbarten Gesamtvergütung. Durch die Einführung der MGV und der RLV hat sich nichts daran geändert, dass die Menge des zur Verteilung unter die Vertragsärzte zur Verfügung stehenden Geldes begrenzt ist (BSG a. a. O. Rdnr. 32).

Die Umsetzung der Honorarregelungen im Land Brandenburg durch den M-GVA/A-RLV entspricht den Vorgaben des Bewertungsausschusses.

Die Berechnung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina gemäß § 8 Abs. 2 der Vereinbarung des M-GVA/A-RLV erfolgt ausdrücklich nach Maßgabe der Regelungen der Teile G und H des Beschlusses 2010 einschließlich der am 22. September 2009 durch den Bewertungsausschuss als Teil F beschlossenen Ergänzungen zum Beschluss 2010 und den in diesem Vertrag vereinbarten Normen. Nach Nr. 5 der Anlage 2 zum Beschluss Teil F ist das Regelleistungsvolumen eines Arztes durch die Multiplikation des arztgruppenspezifischen Fallwertes mit der Anzahl der A-RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Staffelung der Fallwerte ermittelt worden. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen hat sich gemäß 1.2.4 aus der Addition der Regelleistungsvolumen je Arzt ergeben, welcher in der Arztpraxis tätig sei, sowie der entsprechenden Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten.

Für den zeitlich nachfolgend geltenden Beschluss des BewA nach [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit

Wirkung zum 1. Juli 2010 mit der Einführung der sogenannten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gilt nichts anderes.

Insbesondere durfte der M-GVA/A-RLV die Arztgruppe der Radiologen (weiterhin) aufteilen und unterschiedliche RLV vorsehen. Zwar sah der genannte Beschluss in Anlage 2 Nr. 4 nur (noch) Fachärzte für Diagnostische Radiologie vor und entsprechende qualifikationsgebundene Zusatzvolumina unter anderem für CT, MRT bzw. MRT-Angiographie in Anlage 3 Nr. 3. Anders noch war im Vorgängerbeschluss in Anlage 1 Nr. 4 die Gruppe der Radiologen in Arztgruppen mit eigenem RLV für solche ohne Vorhaltung von CT, mit Vorhaltung von CT, mit Vorhaltung von MRT und zuletzt mit Vorhaltung von CT sowie MRT aufgeteilt gewesen. Allerdings erlaubte der Beschluss des BewA vom 26. März 2010 in Anlage 2 Nr. 2 Modifikationen an der Aufteilung der ÄRLV-relevanten Arztgruppen.

Soweit die Klägerin die die Vorgaben des (E)BewA zu Teil F I.2.6 nicht umgesetzt wissen will, weil dort als letzter Satz die Regel aufgestellt sei

"Die Summe der RLV Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis.",

verfängt dies nicht. Der vorangegangene Satz dieser Norm lautet nämlich wie folgt:

"Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Nr. 1.2.2 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den RLV Fällen vorgegeben.

a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1.

b) In Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV relevanten Arztfallzahl der Praxis. Sofern möglich, kann die RLV Fallzahl je Arztgruppe in einer Arztpraxis ermittelt werden."

An diese Vorgaben hält sich der M GV/A RLV.

Der Berechnung des Anteils von CT- oder MRT Fällen soll die jeweilige Arztfallzahl der teilnehmenden Ärzte der Berufsausübungsgemeinschaft zugrunde liegen. Hieraus ergeben sich der prozentuale Anteil, der auf die RLV-relevante Behandlungsfallzahl zu übertragen ist. Diese ist dann die Grundlage der Berechnung für das Zusatz RLV für CT- oder MRT Leistungen.

Im Übrigen teilt der Senat die Auffassung des SG, dass die Regelung eines Kooperationszuschlags unter anderem für Berufsausübungsgemeinschaften in den Beschlüssen des BewA (in Teil F I 1.2.4 bis 30. Juni 2010; in Teil F I 1.3.1 ab 1. Juli 2010) hinreichend umgesetzt ist und der Förderpflicht solcher Einrichtungen genügt, auch wenn die Vertragspartner primär nur eine Vermeidung von Benachteiligungen bezweckt haben sollten.

Auch die Ausnahmeregelungen zu Praxisbesonderheiten (§ 17 M-GV/A-RLV bis 30. Juni 2010, bzw. § 18 M-GV/A-RLV ab 1. Juli 2010) sind nicht zu beanstanden. Der Senat verweist hierzu auf seinen Beschluss vom 20. Februar 2015 ([L 24 KA 98/13](#); juris-Rdnr. 30ff).

Das SG hat zu Recht die Klägerin im Hinblick auf die von der Klägerin neu ab dem III. Quartal 2009 angebotenen MRT Leistungen als "Aufbaupraxis" angesehen. Sie existierte nämlich bereits ununterbrochen seit mehr als fünf Jahren. Nicht einmal der Eintritt eines neuen Arztes führte zur Annahme des Vorliegens einer Aufbaupraxis, weil streng auf die zivilrechtliche Rechtslage abzustellen ist (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 - [B 6 KA 44/12 R](#) - Rdnr. 17 unter Bezugnahme auf zitierte Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs). Ist bereits der Eintritt eines Arztes in eine Berufsausübungsgemeinschaft keine Neuaufnahme vertragsärztlicher Tätigkeit, trifft dies erst recht nicht auf die Aufnahme eines neuen Leistungsbereiches zu.

Die Klägerin kann sich auch nicht auf den Anspruch einer unterdurchschnittlich abrechnenden Praxis berufen.

Ein solcher Anspruch besteht im Hinblick auf die Möglichkeit des Wachstums bis zum Fachgruppendurchschnitt, der innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren zur Verfügung stehen muss (BSG, a. a. O.).

Durch die Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung - z. B. für MRT Leistungen - ändert sich die Gestalt einer Berufsausübungsgemeinschaft aber nicht (so ausdrücklich BSG, a. a. O., Rdnr. 33).

Die Klägerin kann sich auch nicht auf den (sonstigen) Anspruch einer unterdurchschnittlich abrechnenden Praxis berufen, innerhalb von fünf Jahren die Möglichkeit zu erhalten, zum Fachgruppendurchschnitt aufzuschließen (vgl. hierzu BSG, a. a. O., Rdnr. 34).

Dieser Wachstumsanspruch muss nur ermöglichen, die Steigerung bis zum Durchschnitt in effektiver Weise und in realistischer Weise zu erreichen. Es ist nicht die Möglichkeit kontinuierlicher Steigerung erforderlich, sondern lediglich das Ergebnis ist maßgeblich. Auch Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz müssen nicht von einer Begrenzung des Honorarwachstums verschont bleiben (BSG, a. a. O., Rdnr. 39 mit Nachweisen seiner Rechtsprechung). Dass der Klägerin die Möglichkeit fehlt, binnen fünf Jahren nach erstmaliger Erbringung der MRT Leistungen auf den Durchschnitt ihrer entsprechenden Fachgruppe zu gelangen, verwehrt werde, trägt die Klägerin selbst nicht vor.

Auch die Angriffe der Klägerin gegen die Annahme der Beklagten und des SG, das ihr zugebilligte RLV sei im Hinblick auf die CT und MRT Zuschläge rechtmäßig, greifen nicht durch. Nach der angeführten Rechtsprechung des BSG soll innerhalb eines RLV die typischen und speziellen Leistungen einer Arztgruppe honoriert werden. Diese Leistungsmenge muss - jedenfalls bei generalisierender Betrachtung - die jeweils notwendigen Leistungen umfassen. Dies ist hier der Fall.

Die Kostenentscheidung ergeht nach [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2016-04-25