

L 24 KA 9/15

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

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 71/12
Datum
28.01.2015

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KA 9/15
Datum
18.03.2016

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

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

Tatbestand:

Im Streit sind die Honorarbescheide der Beklagten für den Kläger für die Quartale 2011/II bis 2011/IV.

Der Kläger ist Facharzt für Orthopädie und Chefarzt der Abteilung Neuroorthopädie in der Oklinik GmbH. Mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 24. November 2010 wurde ihm - wie schon zuvor seit 1. Januar 2009 - für die Zeit vom 1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2012 eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erteilt für konsiliarische Untersuchungen und für die Mitbehandlung entwicklungsverzögerten Kindern und Jugendlichen bis zum Höchstalter von 23 Jahren auf Überweisung von Ärzten, soweit die Kinder und Jugendlichen im Ohaus in P betreut werden oder auf Überweisung von Orthopäden, Kinderärzten und als praktische Ärzte niedergelassene Kinderärzten sowie auf Überweisung von allen sozialpädiatrischen Zentren erteilt. Die Ermächtigung wurde ferner auch ausgesprochen zur weiteren Diagnostik und für die Mitbehandlung von Problemfällen auf dem Gebiet der Neuroorthopädie auf Überweisung von zugelassenen Nervenärzten, Orthopäden und entsprechenden Fachärzten sowie sozialpädiatrischen Zentren. Abgerechnet werden durften jeweils (nur) einzeln aufgeführte EBM-Gebührennummern.

Die Beklagte wies dem Kläger mit Bescheid vom 24. März 2011 für das Quartal 2011/II ein Regelleistungsvolumen in Höhe von 4.862,55 Euro zu. Sie setzte dann mit Honorarbescheid vom 27. Oktober 2011 für dieses Quartal ein Bruttohonorar von 4.010,12 Euro fest. Dabei betrage das Regelleistungsvolumen unter Berücksichtigung des Anpassungsfaktors für ermächtigte Ärzte von 0,6142 (=61,42 %) 2.986,58 Euro. Bei einem angeforderten Honorar von 3.302,21 Euro entspreche dies einer Quote von 90,44 %.

Der Kläger erhob am 25. November 2011 Widerspruch und erbat eine Darstellung des Anpassungsfaktors für ermächtigte Ärzte.

Mit Bescheid vom 26. Mai 2011 wies die Beklagte dem Kläger das Regelleistungsvolumen für das Quartal 2011/III zu. Sie setzte das Honorar für dieses Quartal mit Bescheid vom 26. Januar 2012 fest. Gewährt wurde ein Bruttohonorar 2.497,13 Euro, 42,62 % des Angeforderten. Als Anpassungsfaktor wurde 0,6101 berücksichtigt.

Der Kläger erhob hiergegen mit Schreiben vom 3. Februar 2012 Widerspruch.

Die Beklagte wies dem Kläger mit Bescheid vom 25. August 2011 für das Quartal 2011/IV ein Regelleistungsvolumen von 3.104,05 EUR zu. Mit Bescheid vom 26. April 2012 setzte die Beklagte das Honorar für das Quartal 2011/IV auf brutto 3.865,01 Euro fest. Vergütet ist danach 80,80 % des Angeforderten.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 4. September 2012 (Zustellung 6. September 2012) die Widersprüche gegen die Honorarbescheide für die Quartale 2011/II und 2011/III zurück. Die Berechnung des Regelleistungsvolumens (exakt: Arzt- und praxisbezogenes Regelleistungsvolumen, A-RLV) sei nach § 7 Abs. 2 des M-GV/A-RLV Vertrag 2011 (Vereinbarung zur Gesamtvergütung und zu Arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina im Jahr 2011) nach Maßgabe der einschlägigen Regelung des Bewertungsausschusses (BewA) erfolgt. Für ermächtigte Ärzte werde im Falle einer Abweichung ihres individuellen Leistungsbedarfs je A-RLV relevantem Arztfall zum Durchschnitt der nicht ermächtigten Ärzte der Arztgruppe um mehr oder weniger 15 % ein Anpassungsfaktor festgesetzt. Dieser ergebe sich nach § 14 Abs. 1 S. 13 und 12 M-GV/A-RLV Vertrag 2011 aus dem Verhältnis diese Werte im Basiszeitraum. Basiszeitraum für das Abrechnungsquartal 2011/II sei das erste Halbjahr 2010. Für das Abrechnungsquartal 2011/III stelle das zweite

Halbjahr 2010 den Basiszeitraum dar (§ 7 Abs. 2 S. 2 M-GV/A-RLV Vertrag 2011). Beim Kläger habe die Abweichung 61,42 % (1. Halbjahr 2010) bzw. 61,01 % (2. Halbjahr 2010) betragen. Entsprechend sei der Anpassungsfaktor festgesetzt worden. Der Vorstand der Beklagten habe darüber hinaus alle Regelungen des M-GV/A-RLV Vertrages 2011, insbesondere § 18 geprüft. Auch unter Berücksichtigung der Regelungen in § 18 Abs. 1 und 3 des Vertrages sehe er keine Abhilfemöglichkeiten.

Der Kläger hat hiergegen am 5. Oktober 2012 Klage beim Sozialgericht Potsdam (SG) erhoben.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 14. Februar 2013 den Widerspruch des Klägers gegen den Honorarbescheid vom 26. April 2012 (Quartal 2011/IV) als unbegründet zurückgewiesen (Zustellung: 15. Februar 2013).

Auch hiergegen hat der Kläger Klage erhoben (am 15. März 2013; Az.: S 1 KA 28/13). Das SG hat die Verfahren mit Beschluss vom 28. Januar 2015 verbunden.

Zur Klagebegründung hat der Kläger ausgeführt, seine Ermächtigung erlaube ihm keine typische orthopädische Behandlung, sondern nur die eines speziell ausgewählten Kreises von Problemfällen zur Deckung eines zusätzlichen besonderen lokalen Versorgungsbedarfes. Die Kombination aus dem Anpassungsfaktor und der allgemeinen Abstufung führt bei ihm zu einer Abstufung im Quartal 2011/II auf fast 60 % ohne etwaiges Fehlverhalten oder übermäßige Ausdehnung seinerseits. Für die Regelungen nach § 14 Abs. 1 Satz 12 und 13 M-GV/A-RLV Vertrag 2011 fehle es an einer Ermächtigungsgrundlage. Da die Ermächtigungen vom Zulassungsausschuss nur für einen Zweijahreszeitraum ausgesprochen würden und danach neu zu beantragen sein, erfolge bereits hierdurch eine Leistungsmengen- und Zugangsbegrenzung. Es bedürfe keines weiteren Anpassungsfaktors. Für niedergelassene Ärzte gebe es keine solche Beschränkung. Der Faktor verstoße gegen das Prinzip der Honorarverteilungsgerechtigkeit und das Gleichbehandlungs- und Differenzierungsgebotes des [Art. 3 Grundgesetz \(GG\)](#). Die Rechtmäßigkeit des Vertrages unterstellt, fehle es jedenfalls einer Ausschöpfung des Ermessensspielraums. Die Beklagte habe seine Ermächtigung zur Versorgung eines besonderen Patientengutes und deren Umfang in einem zulassungsgesperreten Bereich ausdrücklich zugestimmt und damit die für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung des Klägers zweifelsfrei anerkannt, auch wenn sich diese im besonderem Fall aufgrund der EBM-Systematik nicht in den abgerechneten Leistungen widerspiegeln könne. Gemäß § 18 Abs. 3d M-GV/A-RLV Vertrag 2011 hätten weitere Praxisbesonderheiten im Einzelfall anerkannt werden können. In seinem Fall sei das Ermessen auf Null reduziert.

Er habe – entgegen der Auffassung der Beklagten – die Abrechnungen auch nicht verspätet eingereicht. Ferner verkenne die Beklagte, dass es keinen Erfahrungssatz gebe, nach dem der Bezug auf ein Vorjahresquartal bei sehr eng festgesetztem Ermächtigungsumfang und den besonderen Leistungsaufwand eines ermächtigten Arztes korrekt widerspiegele. Im Gegensatz zu "normalen" Orthopäden könne er weder seine Fallzahl noch den Leistungsaufwand je Patient selbst steuern. Ergänzend berufe er sich auf Punkt 3.2.1 des Beschlusses der Bewertungsausschusses (BewA; 218. Sitzung am 26. März 2010) in der es heiße "Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge." Bei einem besonderen Versorgungsauftrag könne auch § 18 Abs. 3d M-GV/A-RLV Vertrag 2011 eine Praxisbesonderheit im Einzelfall anerkannt werden. Der Beschluss des BewA sei nicht so zu interpretieren, dass die Beklagte die zu Verhinderung einer Leistungsmengenausdehnung in der Fachgruppe eingeführten Abstufungen durch Einführung eines Faktors auf Ermächtigte übertragen dürfe. Vielmehr müsse die Beklagte den ermächtigten Ärzten das für die Umsetzung ihrer Versorgungsaufträge gemäß Ermächtigung notwendige Leistungsvolumen als Regelleistungsvolumen bereitstellen. Daran mangle es bei der von der Beklagten festgesetzten Regelung. Anders als niedergelassene Kollegen könnten ermächtigte Ärzte nicht einfach auf andere, nicht begrenzte Leistungsbereiche ausweichen oder die Fallzahl erhöhen. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes müsse zwar nicht jede einzelne Leistung kostendeckend vergütet sein, die Leistungen einer Praxis müssten jedoch im Durchschnitt über das gesamte Spektrum eine Kostendeckung erreichen können. Mit der von der Beklagten festgesetzten zusätzlichen Abstufungsregelung sei dies per se nicht möglich.

Die Beklagte hat zur Regelung des § 14 Abs. 1 S.12 und 13 M-GV/A-RLV Vertrag 2011 ausgeführt, dass der Anpassungsfaktor bei Abweichungen von den Fallwerten den spezifischen Versorgungsauftrag im Verhältnis zu jeweiligen Arztgruppe angemessen abbilde. Für das Quartal 2011/III sei die niedrige Quote des anerkannten Anteils an R-LV/QZV-Leistungen nicht dem System geschuldet, sondern der Tatsache, dass der Kläger die im Quartal behandelten Patienten nicht quartalsgenau zur Abrechnung eingereicht habe, sondern in erheblichem Umfang Vorquartalsfälle abgerechnet habe. Dies habe zu einer Verzerrung bei der Berechnung der RLV geführt. So habe der Kläger im Vorquartal 2010/III lediglich 100 RLV-relevante Fälle abgerechnet und dafür in 2011/III ein entsprechendes RLV erhalten. Tatsächlich sei im Nachgang festzustellen, dass eigentlich 160 RLV-relevante Fälle dem Quartal 2010/III zuzuordnen gewesen seien. Ca. 60 Fälle aus diesem Quartal seien erst im Quartal 2010/IV abgerechnet worden und damit in die Berechnung des RLV für das Quartal 2011/IV eingeflossen. Dieser Umstand liege alleine in der Verantwortung des Klägers.

Das SG hat die Klagen mit Urteil vom 28. Januar 2015 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, auch für den Kläger als ermächtigten Arzt sei zutreffend ein Regelleistungsvolumen nach § 7 Abs. 1 M-GV/A-RLV Vertrag 2011 gebildet worden. Der Kläger habe zwar nur ein sehr begrenztes Patientenkontingent, jedoch seien die abrechenbaren Gebührennummern nicht auf wenige Einzelleistungen begrenzt. Konkret sei die Berechnung des A-RLV nach Maßgabe der Regelungen des Beschlusses vom 26. März 2010 in der Fassung der Beschlüsse vom 24. November 2010 und vom 25. Januar 2011 gebildet worden. Die Einbeziehung ermächtigter Ärzte in die A-RLV Vergütung verstoße nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Den Besonderheiten einer Ermächtigung sei ausreichend Rechnung getragen, wenn für den Fall von ganz speziellen Einzelleistungen die Bildung eines Regelleistungsvolumens unterbleibe. Im M-GV/A-RLV Vertrag 2011 sei erstmals ein individueller Anpassungsfaktor für ermächtigte Ärzte eingeführt worden. Dieser sei sachgerecht. Es werde gerade der tatsächliche Leistungsbedarf eines ermächtigten Arztes individuell berücksichtigt. Dass dies im Fall des Klägers zu einer Festsetzung eines weit unter 1,0 liegenden Faktors führe, verstoße nicht gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz. Eine Schlechterstellung gegenüber niedergelassenen Vertragsärzten sei nicht gegeben. Es bestehe weder ein Widerspruch zu dem aus [Art. 12 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, noch werde der Kläger insofern zu Unrecht ungleich behandelt. Durch die Einführung des Anpassungsfaktors entsprechend dem tatsächlich angeforderten Leistungsbedarf im Verhältnis zur Arztgruppe werde den ermächtigten Ärzten grundsätzlich die Möglichkeit gegeben, im Rahmen der oft eingeschränkten Ermächtigung ihren individuellen Leistungsbedarf geltend zu machen, so dass er bei der Honorierung berücksichtigt werde. Dass die tatsächlich zeitintensive Tätigkeit des Klägers wohl bereits in den Gebührensätzen des EBM nicht ausreichend abgebildet werde, so dass es zu einem geringerem abrechenbaren Leistungsbedarf komme, könne im Rahmen der Vergütung abgerechneter Leistungen nicht zu Lasten der gesamten Arztgruppe

berücksichtigt werden. Wenn die dem Kläger mit der Ermächtigung zuerkannten Abrechnungscodenummern das tatsächliche Leistungsbild nicht widerspiegeln, obliege es ihm, gegebenenfalls eine Änderung der zugewiesenen Abrechnungsnummern zu erwirken. Zwar nähmen sowohl die niedergelassenen Ärzten als auch die ermächtigten Ärzten an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Entscheidender Unterschied sei jedoch, dass ein ermächtigter Arzt diese Tätigkeit neben seiner Haupttätigkeit ausführe. Eine eigene Praxis sei überwiegend nicht notwendig, vielmehr würden zumeist die Einrichtung des Krankenhauses genutzt.

Gegen das ihm am 16. Februar 2015 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung des Klägers vom 16. März 2015. Zur Begründung führt der Kläger aus, dass aufgrund des stark schwankenden RLV bereits ohne den Anpassungsfaktor eine Überschreitung des zuerkannten RLV bis zu 30 % vorliege. Dem gegenüber gäbe es keinen Erfahrungssatz, dass sich durch Ermächtigungen zu schließende Versorgungslücken in allen Quartalen bezüglich des notwendigen Leistungsumfanges, der Art der Leistung und der zu behandelnden Patienten immer gleich darstellten. Die undifferenzierte Begrenzung durch den Bezug auf das RLV eines Vergleichszeitraumes kontrariere das Ziel kleiner Ermächtigungen. Im Falle des Klägers sei zu bestreiten, dass ein RLV überhaupt sachgerecht gebildet werden könne. Die Beklagte habe hier ihren Ermessensspielraum verkannt. § 14 Abs. 1 S. 12 und 13 M-GV/A-RLV Vertrag 2011 stelle zu einseitig auf den Arztfallwert des ermächtigten Arztes des Vorjahres ab, lasse jedoch die Fachgruppensituation, die Sicherstellungssituation, die Fallzahlentwicklung sowie den Ermächtigungsinhalt unberücksichtigt undbürde dem ermächtigten Arzt das Risiko des besonderen Versorgungsumfanges auf. Gerade vor dem Hintergrund das die Ermächtigungen durch den Zulassungsausschuss nur für einen Zweijahreszeitraum ausgesprochen und danach neu zu beantragen seien und dem Umstand, dass damit regelmäßig eine Anpassung des Ermächtigungsumfanges anhand der Versorgungssituation verbunden sei, sei die Anwendung eines Anpassungsfaktors nicht nachvollziehbar.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 28. Januar 2015 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 27. Oktober 2011 und 26. Januar 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. September 2012 sowie unter Aufhebung des Bescheides vom 26. April 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Februar 2013 zu verurteilen, über die Honoraranprüche des Klägers für das II., III. sowie das IV. Quartal 2011 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

Die Berufung zurückzuweisen.

Selbst ein kleiner Ermächtigungsumfang könne innerhalb eines individualisierten RLV abgebildet werden. Dies sei hier durch den Anpassungsfaktor erfolgt. Die Honorardaten des Klägers in Gestalt der vom Kläger erzielten RLV-Quoten zeigten, dass diese Systematik durchaus sachgerecht sei. Diese lägen hier in den Quartalen 2010/II und 2010/IV im Bereich der durchschnittlichen Quote aller Fachärzte und dokumentierten die allgemeine Finanzierbarkeit der erbrachten vertragsärztlichen Leistungen aus der begrenzten Gesamtvergütung. Die Quoten des Klägers in den streitgegenständlichen Quartalen lägen bei 90,44 % (Quartal 2011/II; Quote der Fachärzte: 79,8 %), bei 42,62 % (Quartal 2011/III; Quote Fachärzte: 83,76 %) und 80,80 % (Quartal 2011/IV; Quote Fachärzte: 83,76 %). Die niedrige Vergütungsquote im Quartal 2011/III liege an der bereits erörterten Fallzahlverschiebung in der Sphäre des Klägers. Der Anpassungsfaktor müsse den Versorgungsumfang im positiven wie im negativen Sinne regeln. Wenn der abgerechnete Leistungsbedarf je Fall beim ermächtigten Arzt nachweislich niedriger sei als der seiner Arztgruppe, sei es aus Gründen der Honorarverteilungsgerechtigkeit gerade zu zwingend, dass das Regelleistungsvolumen dies abbilde. Andernfalls würde dem ermächtigten Arzt trotz verhältnismäßig geringeren Leistungsumfang ein Vorteil durch geringere Teilhabe an der Unterfinanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung zukommen. Hierfür sehe die Beklagte keine Rechtsgrundlage.

Auf die von den Beteiligten eingereichten Schriftsätze wird ergänzend Bezug genommen. Der Verwaltungsvorgang der Beklagten für die streitgegenständlichen Zeiträume lag vor.

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 angefochtenen Honorarbescheide in Gestalt der Widerspruchsbescheide sind nicht rechtswidrig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten.

Gemäß [§ 87b Abs. 1 S. 1 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.") werden die vertragsärztlichen Leistungen abweichend von § 85 SGB von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) vergütet. Dabei sind zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis gemäß [§ 87b Abs. 2 S. 1 SGB V](#) a. F. arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen (RLV) festzulegen. Ein RLV ist nach [§ 87b Abs. 2 S. 2 SGB V](#) a. F. 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). Nach Teil F des vorgenannten Beschlusses werden unter Nr. 1.2.1 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 (A-

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-, Urte. vom 11. Dezember 2013 -[B 6 KA 6/13 R](#)- Rdnr. 20).

Der hiesige Senat bereits wiederholt entschieden, dass dabei die bundesrechtlichen Vorgaben eingehalten wurden (Beschluss vom 20. Februar 2015 -[L 24 KA 98/13](#)- juris-Rdnr. 24 unter Bezugnahme auf BSG, Urte. v. 11. Dezember 2013 - [B 6 KA 6/13 R](#)- Rdnr. 20; Urteil vom 16. Oktober 2015 -[L 24 KA 65/14](#)- juris-Rdnr 42ff unter Darstellung der Fortentwicklung des Beschlusses durch den BewA bzw. EBewA für das Jahr 2010) Dabei ist es ganz allgemein nicht 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).

Für 2011 erfolgte die Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf der Grundlage des Beschlusses des EBewA zur Weiterentwicklung der vertrags-ärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 in der 23. Sitzung am 05./11. Oktober 2010 in der Fassung der 242. Sitzung des BewA vom 24. November 2010 und der 26. EBewA-Sitzung vom 22. Dezember 2010 (im Folgenden als Beschluss 2011 bezeichnet).

Die grundsätzliche Einbeziehung der ermächtigten Ärzte in das A- RLV entspricht der gesetzlichen Vorgabe des [§ 120 Abs. 1](#) Satz SGB V. Danach werden die im Krankenhaus erbrachten ambulanten Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet.

Nach Nr. 2.1. des Beschlusses 2011 ist für ermächtigte Krankenhausärzte ein Regelleistungsvolumen "nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag" zu bilden. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

Nach dem Wortlaut sollen also auch ermächtigten Ärzten RLV zugeordnet werden. Maßstab für dieses RLV der entsprechende Versorgungsauftrag sein, also keine pauschale Zuordnung zu einem Fachgebiet erfolgen.

Diesen Vorgaben trägt die Regelungen auf Landesebene in § 14 M-GV/A-RLV Vertrag 2011 grundsätzlich Rechnung.

Zunächst wird bei ermächtigten Ärzten nach § 14 Abs. 6 Satz 2 als Faktor für Tätigkeitsumfang der Wert von 0,25 zum Ansatz gebracht. Damit wird der quantitative Umfang pauschal beschränkt, ohne dass ein Bezug zum jeweiligen Versorgungsauftrag hergestellt wird. Der Vertrag unterstellt damit allerdings pauschal, dass es sich um Tätigkeiten im Nebenberuf handelt. Dieser Schluss erscheint zwar in abstrakt-genereller Hinsicht nicht zwingend.

Allerdings enthält der Vertrag in § 18 Abs. 1 und Abs. 4 Regelungen, mit denen Überschreitungen der Fallzahlen berücksichtigt werden könnten. § 18 M-GV/A-RLV 2011 setzt Nr. 3.7 des Beschlusses 2011 um, wonach Praxisbesonderheiten geregelt werden müssen. Eine Praxisbesonderheit kann nach S. 2 der Nr. 3.7 Beschluss 2011 in einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen Spezialisierung bestehen. Speziell § 18 Abs. 4 M-GV/A-RLV ermöglicht es, im Widerspruchsverfahren zur Sicherstellung der Versorgung von den allgemeinen Regeln abzuweichen.

Im vorliegenden Fall bestand nach den tatsächlich abgerechneten Fällen, die in den Honorarbescheiden aufgeführt sind, und auch nach dem Vorbringen des Klägers kein Anlass, hier vom Regelwerk abzuweichen. Der Kläger ist im Hauptberuf Chefarzt in einer Klinik. Für ihn stellt sich die Ermächtigung als Nebentätigkeit dar.

Zur Berechnung des Honorars eines ermächtigten Arztes wird in qualitativer Hinsicht weiter ermittelt, inwieweit die abgerechneten EBM-Nummern pro Fall des ermächtigten Arztes ("Leistungsbedarf") vom Durchschnitt aller Ärzte der Fachgruppe abweichen, § 14 Abs. 1 S. 12 u. 13 M-GV/A-RLV Vertrag 2011. Bei Unter- bzw. Überschreitung des festgelegten Schwellenwertes von 15% wird das A-RLV um das Verhältnis des individuellen Leistungsbedarfs zum Durchschnitt gekürzt oder erhöht.

Vorliegend hat der Kläger regelmäßig ca. nur 61 % eines normalen Orthopädie-Falles abgerechnet. Sein Anpassungsfaktor wurde demnach auf rund 0,61 festgesetzt.

Der Vertrag differenziert also nicht, weshalb der ermächtigte Arzt anders als der Durchschnitt der Fachgruppe abrechnet. Ihm wird pauschal bei Unterschreitung des Schwellenwertes von 15% sein A-RLV gekürzt. Damit wird allerdings in quantitativer Hinsicht berücksichtigt, dass der ermächtigte Arzt kein normaler Facharzt ist und deshalb auch nicht den typischen Leistungsbedarf geltend macht. Dem SG ist zuzustimmen, dass auf diese Weise dem Individuellen Leistungsbedarf, dem Versorgungsauftrag, Rechnung getragen wird. Bei Unterschreitung des durchschnittlichen Fallwertes um mehr als 15% wird realitätsnäher berücksichtigt, dass der ermächtigte Arzt pro Fall einen geringeren Leistungsbedarf hatte. Entsprechendes gälte bei einer Überschreitung.

Der ermächtigte Arzt, dessen Unterschreitung bei 14,9% ist im Vorteil: Bei ihm wird de facto bei seinem A-RLV ein höherer Leistungsbedarf zu Grunde gelegt, als er tatsächlich hatte. Der Anpassungsfaktor ist aber keine Abstufung. Dem ermächtigten Arzt wird durch die Berücksichtigung des Anpassungsfaktors auch keine Steigerung seines Fallwertes verwehrt. Dieser Anpassungsfaktor wird nämlich jeweils neu errechnet.

Die Anwendung des M-GV/A-RLV Vertrag 2011 in den angefochtenen Honorarbescheiden ist rechtmäßig erfolgt. Es bestand für die Beklagte kein Anlass, aufgrund von Praxisbesonderheiten nach § 18 des Vertrages ein Abweichen vom Regelfall zu prüfen.

Zunächst ist die Ermächtigung des Klägers nicht so speziell, dass sich die Bildung eines A-RLV per se verbieten musste. Abgerechnet werden können nicht nur einzelne, ganz spezielle EBM-Ziffern, sondern die Nummern 01321, 01620, 01621, 01622, 02310, 02340, 02341, 02350, 02360, 18310, 18311, 18330, 18331, 18340, 30200, 30201, 30712, 30724, 30740, 30751, 30800, 31900, 31920, 31932, 31941 bis 31946, also allgemeine Gebührensätze, orthopädische diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen und arztgruppenübergreifende spezifische Positionen.

Dass dem Kläger die Ermächtigung immer nur für zwei Jahre erteilt wird, führt nicht dazu, dass die Bildung eines A-RLV unter Zugrundelegung der Daten des entsprechenden Vorjahresquartals bzw. Vorjahreshalbjahrs, per se ausscheiden muss. Der Kläger war bereits zuvor seit Januar 2009 in gleichem Umfang ermächtigt. Wie zu verfahren wäre, wenn keine Kontinuität vorläge, braucht hier nicht entschieden zu werden.

Soweit das Honorar für das Quartal 2011/III besonders niedrig ausfällt, weil die Beklagte 60 Fälle nicht zeitnah dem Vorjahresquartal zu Grunde gelegt hat, sondern erst im nächsten Quartal, handelt es sich um einen systembedingten Effekt. Dieser ist aber nicht unzumutbar, weil die Fälle nicht gänzlich unberücksichtigt bleiben, sondern dem nächsten Quartal zugerechnet wurden. Ungeachtet der dort an sich 60 Fälle zu viel, hat es keine Abstufung gegeben (vgl. Honorarbescheid vom 26. April 2012, Liste HG/Seite 2).

Der Senat teilt zuletzt die Auffassung des SG im angefochtenen Urteil, dass eine vom M-GV/A-RLV Vertrag 2011 abweichende Ermessensentscheidung auch nicht zur Beachtung der Grundrechte des Klägers erforderlich war. Gleichzeitig zeigt auch sein Vortrag, die abrechenbaren EBM-Ziffern bildeten den sehr hohen Aufwand zur Behandlung der schwerkranken bzw. behinderten Patienten nicht adäquat ab, keine Praxisbesonderheit im Sinne des M-GV/A-RLV Vertrag 2011 auf:

Der Schutz des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) umfasst grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit (vgl. Bundesverfassungsgericht [BVerfGE 88, 145](#), 159; [101, 331](#), 346). Dieser Schutz kann jedoch gemäß [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) auf gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden. Der erforderliche Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung ist - erst - dann nicht mehr verhältnismäßig (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw. eine Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (ständige Rechtsprechung des BSG, z. B. Urt. v. 11. Dezember 2013, Rdnr. 42 mit Nachweisen).

Nach der Rechtsprechung des BSG kann sich zudem der einzelne Arzt im Rahmen einer Inzidentprüfung der für die Vergütungshöhe maßgeblichen Vorschriften des EBM und des Honorarverteilungsmaßstabs nur dann auf den Grundsatz der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen berufen, wenn durch die zu niedrige Honorierung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes - beziehungsweise zumindest hinsichtlich eines Teilgebiets und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem beteiligten ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre oder dann, wenn in einem - fachlichen oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (BSG, B. v. 11. März 2009 - [B 6 KA 31/08 B](#)-Rdnr. 11 mit umfangreichen Nachweisen).

Greifbare Anhaltspunkte für eine Gefährdung der speziellen orthopädischen bzw. neuroorthopädischen Versorgung liegen allerdings nicht vor. Es ist weder vorgetragen noch bestehen konkrete Anhaltspunkte, dass die neuroorthopädischen Leistungen insgesamt nicht kostendeckend erbracht werden können. Der Kläger führt seine Tätigkeit bis heute fort.

Der Kläger hat es zudem versäumt, die Ermächtigung anzugreifen, obgleich dort ihre Erstreckung auf eine Vielzahl weiterer EBM-Ziffern abgelehnt wurde.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2016-06-14