L 24 KA 21/15

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
24
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 114/13
Datum
06.05.2015
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KA 21/15
Datum
18.03.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 38/16 B
Datum
19.01.2017
Kategorie
Urteil
Bemerkung
BSG: Beschwerde (Beschluss -)
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 6. Mai 2015 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe des für das Quartal III/2009 zu gewährenden Honorars.

Die Klägerin ist als Chirurgin zur vertragsärztlichen Versorgung in N zugelassen. Als einzige Chirurgin im Bezirk der Beklagten erbringt sie insbesondere auch Leistungen der Mammografie und Mammasonografie.

Mit Bescheid vom 25. Juni 2009 wies die Beklagte der Klägerin für das Quartal III/2009 ein Regelleistungsvolumen (A RLV) in Höhe von 33.093,72 EUR zu. Der Berechnung legte die Beklagte 1.370 als individuelle RLV-relevante Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal und einen RLV-Fallwert der Arztgruppe von 24,40 EUR zugrunde. Sie wies darauf hin, dass für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs, die nicht Fachärzte für Nuklearmedizin, Radiologie oder Strahlentherapie sind, für qualitätsgebundene Leistungen aus dem Leistungsbereich Diagnostische Radiologie (GOP 34210 bis 34282) ein Zuschlag in Höhe von 6,10 EUR je Fall gewährt wird. Der Bescheid enthält den Hinweis, dass er Bestandteil des Honorarbescheides für das Quartal III/2009 werde, gegen den der Widerspruch möglich sei.

Mit Honorarbescheid vom 28. Januar 2010 gewährte die Beklagte der Klägerin für das Quartal III/2009 ein Honorar aus dem A RLV in Höhe von 33.093,72 EUR entsprechend 87,16 % des insoweit angeforderten Honorars in Höhe von 37.970,17 EUR. Die Beklagte legte der Berechnung u. a. 1.370 Behandlungsfälle, einen Fallwert von 24,40 EUR und einen Gewichtungsfaktor Altersstruktur von 0,9900 zugrunde. Der Honoraranteil für die Zuschlagsleistungen der diagnostischen Radiologie betrug 8.357,00 EUR (6,10 EUR pro Behandlungsfall). Angefordert hatte die Klägerin insoweit 9.600,15 EUR.

Die Klägerin erhob gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/2009 Widerspruch. Insbesondere wandte sie sich gegen die Vergütung der Röntgenleistungen mit 6,10 EUR pro Patient. Da der Röntgenzuschlag für die chirurgietypischen Leistungen gedacht sei, bleibe die Mammografie unvergütet.

Mit Widerspruchsbescheid vom 9. Oktober 2013 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/2009 zurück. Eine Erhöhung des Regelleistungsvolumens sei nicht möglich, insbesondere nicht wegen des Vorliegens von Praxisbesonderheiten. Die nach § 16 der Vereinbarung zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und zu arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina für das Jahr 2009 (M GV/A RLV) dafür maßgeblichen Voraussetzungen lägen nicht vor. Die Klägerin habe ihre Fallzahl gegenüber dem Vorjahresquartal nicht um mehr als 15 % erhöht, sondern sie sogar unterschritten. Auch wegen einer besonderen fachlichen Spezialisierung könne der Fallwert nicht erhöht werden. Dies setze u.a. eine Fallwertüberschreitung im Widerspruchsquartal im Vergleich zur Arztgruppe von mehr als 30 % voraus. Die Klägerin habe im Widerspruchsquartal einen tatsächlichen Fallwert von 28,34 EUR angefordert. Dieser Wert unterschreite aber den tatsächlichen Fallwert ihrer Arztgruppe von 30,33 EUR. Sonstige Praxisbesonderheiten, welche der Vorstand im Einzelfall im Widerspruchsverfahren anerkennen könne, seien nicht zu berücksichtigen. Es gebe noch eine radiologische Praxis in N, welche dieselben Leistungen wie die Klägerin anbiete. Die Betrachtung des tatsächlichen Fallwertes biete ebenfalls keine Grundlage für eine Einzelfallregelung. Der tatsächlich angeforderte Fallwert liege auch unter Berücksichtigung der Mammografieleistungen nur 10,39% über dem tatsächlichen Fallwert ihrer Arztgruppe ohne Mammografieleistungen. Eine erhebliche

Überschreitung, die erst bei 30% beginne, sei deshalb nicht gegeben. Die Klägerin füge sich auch unter Berücksichtigung der Mammografieleistungen in den tatsächlichen Fallwert ihrer Arztgruppe ein.

Mit der am 8. November 2013 bei dem Sozialgericht Potsdam erhobenen Klage begehrt die Klägerin die Verurteilung der Beklagten zur Neuberechnung ihres Honorars. Zur Begründung hat die Klägerin vor dem Sozialgericht vorgetragen, dass sie als niedergelassene Chirurgin als einzige ihrer Arztgruppe im Bezirk der Beklagten diagnostische Radiologieleistungen erbringe. Nach der Euro Gebührenordnung würden diese Leistungen mit 52,50 EUR (Mammografie beidseitig) vergütet. Sie erhalte für diese Leistungen aber lediglich einen Röntgenzuschlag von 6,10 EUR pro Patient. Das sei nicht ausreichend, um kostendeckend zu arbeiten. Der Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung werde verletzt sowie in die Berufsausübungsfreiheit eingegriffen. Die Vergütung erfolge nicht unter Orientierung an dem Wert der erbrachten Einzelleistung. Die Beklagte sei verpflichtet, für atypische Fälle auch ohne besondere Rechtsgrundlage über die Freistellung von Obergrenzen zu entscheiden. Es liege ein Härtefall vor, weil das der Klägerin zuerkannte Regelleistungsvolumen ihre besondere vom Durchschnitt der Arztgruppe deutlich abweichende Praxisstruktur nicht berücksichtige.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 6. Mai 2015 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die Berechnung des Honorars der Klägerin für das streitbefangene Quartal nicht zu beanstanden sei. Die Beklagte habe die der Klägerin zustehende Vergütung entsprechend der gesetzlichen Vorgabe gemäß § 87b Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 26. März 2007, den dazu ergangenen Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschuss vom 27./28. August 2008 und weiteren Beschlüssen sowie der zwischen der Beklagten und den Krankenkassen des Landes Brandenburg geschlossenen Vereinbarung zur Gesamtvergütung und zu arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen im Jahr 2009 (M-GV/A-RLV-2009 - festgesetzt durch das Landesschiedsamt am 28. November 2008) zutreffend berechnet. Die in der Vereinbarung zur Gesamtvergütung enthaltenen Regelungen über die abweichende Festsetzung des Regelleistungsvolumens bei Vorliegen von Praxisbesonderheiten seien grundsätzlich nicht zu beanstanden. Die Erbringung von Röntgenleistungen sei nur im Rahmen der durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 17. Oktober 2008 festgesetzten Modifizierungen in Teil F Ziffer 6 zu berücksichtigen. Danach erhielt ein Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs, der nicht Facharzt für Nuklearmedizin, Radiologie oder Strahlentherapie ist, für die Abrechnung der Gebührennummern 34210 bis 34282 einen Zuschlag von 6,10 EUR auf den Fallwert je Behandlungsfall. Diese Regelung habe die Beklagte zutreffend umgesetzt. Die Beklagte habe auch zutreffend eine Anhebung des Regelleistungsvolumens nach dem M GV/A RLV-2009 abgelehnt. Voraussetzung sei insoweit eine mindestens 30 %ige Überschreitung des Fallwerts gegenüber der Arztgruppe. Diese Voraussetzung sei aber nicht erfüllt. Richtig sei allerdings, dass es sich bei der Erbringung von Leistungen der Mammografie durch die Klägerin um eine für das Fachgebiet untypische Leistung handele. Nach der Rechtsprechung des BSG liege gerade bei Spezialisierungen das wirtschaftliche Risiko jedoch bei dem Vertragsarzt selbst. Dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung liege im Übrigen insgesamt eine Mischkalkulation zugrunde. Dies bedeute, dass es durchaus Leistungen geben könne, bei denen selbst bei einer kostengünstig organisierten Praxis kein Gewinn zu erzielen sei. Entscheidend sei, dass der Vertragsarzt insgesamt Anspruch auf eine leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung habe, der in der Regel dazu führe, dass das aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erzielbare Einkommen Ärzten hinreichenden Anreiz bietet, an der vertragsärztlichen Versorgung mitzuwirken. Dies sei nach dem von der Beklagten für das Quartal III/2009 gewährten Honorars zu bejahen. Der Vortrag, dass die Klägerin die Mammografieleistungen umsonst erbringe, sei in keiner Weise nachvollziehbar. Es läge damit weder ein Verstoß gegen eine leistungsproportionale Vergütung noch ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit vor. Die Klägerin habe auch keinen Anspruch auf Honorierung der Mammografieleistungen in Höhe der Euro-Gebührenordnung.

Gegen das ihr am 15. Mai 2015 zugestellte Urteil richtet sich die am 9. Juni 2015 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingegangene Berufung der Klägerin. Das Sozialgericht verkenne, dass die nach dem Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung und Honorarverteilungsgerechtigkeit anzuerkennenden Praxisbesonderheiten in § 16 Abs. 3 M GV/A RLV nicht abschließend, sondern lediglich exemplarisch geregelt seien. Die Klägerin sei die einzige Chirurgin im gesamten Bundesland Brandenburg, die Mammografie durchführe und deswegen mit der Fachgruppe der Chirurgen nicht vergleichbar. Es liege ein Ausnahmefall vor, der bei der Honorarverteilung zu berücksichtigen sei. Verwiesen werde auf die Rechtsprechung des hessischen LSG, wonach Ausnahmen von den Regelleistungsvolumina auch dort geboten seien, wo sich Ärzte innerhalb einer Arztgruppe bereits vor der Einrichtung der Regelleistungsvolumina spezialisiert hätten (Hinweis auf Urt. v. 17. März 2010 – L 4 KA 28/08). Wegen der Abrechnungsgenehmigung für Mammografieleistungen liege ein Fall vor, der mit einer Doppelzulassung von Ärzten mindestens vergleichbar sei (Hinweis auf Hessisches LSG v. 4. November 2009 – L 4 KA 31/07). Die von ihr – der Klägerin – erbrachten Leistungen der Mammografie und der Mammosonografie machten etwa 15 % der Leistungen der Praxis aus. Es ginge nicht an, diese Leistungen sozusagen unter den Tisch fallen zu lassen. Sie seien vielmehr zureichender Anlass für eine individuelle Sonderregelung. Auszugehen sei von der im EBM ausgedrückten Bewertung der Leistungen. Bei einer Orientierung an dem üblichen Leistungsspektrum der Chirurgen im Land Brandenburg entstehe durch die völlig außerhalb des normalen Leistungsspektrums stehenden Mammografieleistungen faktisch eine Nullvergütung.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 6. Mai 2015 sowie den Honorarbescheid für das Quartal III/2009 einschließlich des diesen vorbereitenden Grundlagenbescheides Zuweisung des Regelleistungsvolumen für das Quartal III/2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Oktober 2013 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über den Honoraranspruch der Klägerin im Quartal III/2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das erstinstanzliche Urteil sei zutreffend. Nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27. und 28. August 2008 sei sie verpflichtet, den Ärzten je Quartal eine Menge vertragsärztlicher Leistungen vorzugeben, die mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen zu vergüten sei. Dazu erhalte jeder Arzt ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen, dass sich (u.a. bei Chirurgen) aus der Multiplikation des arztgruppenspezifischen Fallwertes mit der Fallzahl des Arztes aus dem Vorjahresquartal ergebe. Die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten bei der Bestimmung des Regelleistungsvolumens sei der Regelung durch die Partner der Gesamtverträge überantwortet worden. Solche Besonderheiten könnten sich nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses insbesondere aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung

ergeben, wenn zusätzlich eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % vorliege. Entsprechend hätten die Vertragspartner der Gesamtverträge in § 16 M-GV/A-LRV Vertrag die Voraussetzungen für die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten geregelt. Für das Vorliegen einer für die Versorgung bedeutsamen Spezialisierung werde – über die Mindestanforderungen des BSG hinaus – bereits ab einem Anteil der spezialisierten Leistungen von 15 % ausgegangen. Demnach seien die Regelungen in § 16 M-GV/A-LRV Vertrag mit höherrangigem Recht vereinbar. Die Klägerin erfülle bereits nicht die Voraussetzung, dass ihr tatsächlicher Fallwert den ihrer Arztgruppe um mehr als 30 % überschreite. Das BSG habe aber betont, dass nicht schon das Erbringen spezieller Leistungen sondern erst eine signifikante Abweichung des abgerechneten Gesamtleistungsbedarfs eine Ausnahme von dem Regelleistungsvolumen rechtfertige. Auch im Vergleich zu den Fachärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches sei die Klägerin nicht unterdurchschnittlich vergütet worden. Ein Anspruch auf eine Härtefallregelung gemäß § 17 M-GV/A-RLV Vertrag bestehe angesichts der tatsächlichen Honorarentwicklung nicht. Die Klägerin habe weder einen Honorarverlust hinnehmen müssen, noch habe sie im Vergleich zu ihren Fachkollegen weit unterdurchschnittliche Honorare erwirtschaftet, die eine Existenzgefährdung mit sich bringen würden. Im Übrigen würden die Mammografieleistungen nicht nur mit den Fallwertzuschlägen für Diagnostische Radiologie vergütet werden. Denn insoweit handele es sich lediglich um einen Zuschlag, der zusätzlich zum regulären RLV-Fallwert gezahlt werde. Der Klägerin seien im streitigen Quartal für die fraglichen Behandlungsfälle höhere Vergütungsanteile zuerkannt worden als den Fachärzten für Radiologie.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die vorgelegen haben und die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung hat keinen Erfolg. Das Urteil des Sozialgerichts Potsdam ist zutreffend. Mit Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf ein höheres Honorar. Das auf die Klägerin entfallende Regelleistungsvolumen ist zutreffend festgesetzt.

Streitgegenstand ist die gesamte Honorarabrechnung für das Quartal III/2009, neben dem Honorarbescheid vom 28. Januar 2010 auch der Zuweisungsbescheid vom 25. Juni 2009, obwohl die Klägerin diesen Bescheid nicht gesondert angefochten hat. Zwar sind Zuweisungsbescheide, die auf der Grundlage des § 87b Abs. 5 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in der vom 1. Juli 2008 bis zum 22.September 2011 geltenden Fassung ergangen sind, grundsätzlich gesondert anfechtbar, so dass die in ihnen enthaltenen Festsetzungen bestandskräftig werden, wenn die Einlegung eines Widerspruchs unterbleibt. Entsprechend kann ihr Inhalt dann in einem nachfolgenden Honorarstreitverfahren nicht mehr in Frage gestellt werden (BSG v. 15. August 2012 – B 6 KA 38/11 R - juris Rn 10/11). Etwas Anderes gilt aber, wenn eine Kassenärztliche Vereinigung durch eine falsche Rechtbehelfsbelehrung schutzwürdiges Vertrauen darauf hervorgerufen hat, dass die in dem Zuweisungsbescheid enthaltenen Feststellungen ohne Rücksicht auf die rechtzeitige Einlegung eines Widerspruchs noch in einem gegen den späteren Honorarbescheid eingeleiteten Rechtsbehelfsverfahren überprüft werden können (LSG Hamburg v. 25. Februar 2015 – L 5 KA 61/13 - juris Rn 18). So liegt es auch hier. Die Beklagte hatte in dem Zuweisungsbescheid vom 25. Juni 2009 nicht auf die Möglichkeit eines Widerspruchs hingewiesen, sondern ausgeführt, dass der Bescheid Grundlage des Honorarbescheides wird, gegen den dann der Rechtsbehelf eines Widerspruches offenstehe. Dies musste die Klägerin so verstehen, dass sie alle Einwendungen gegen den Inhalt des Zuwendungsbescheides auch noch im Rahmen eines gegen den Honorarbescheid erhobenen Widerspruchs geltend machen könne.

Rechtsgrundlage für die von der Beklagten vorgenommenen Honorarverteilung für das Quartal III/2009 sind die in Übereinstimmung mit § 87b SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sowie dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses v. 27. und 28. August 2008 stehenden Regelungen der zwischen der Beklagten und den Krankenkassen geschlossenen Vereinbarung zur Gesamtvergütung und zu arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen im Jahr 2009.

Gemäß § 85 Abs. 4 SGB V verteilt die Beklagte die Gesamtvergütung auf der Grundlage eines mit den Verbänden der Krankenkasse zu schließenden Vertrags an die Vertragsärzte. Nach § 87b Abs. 1 SGB V (in der hier anwendbaren Fassung ab dem 1. Juli 2008) werden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a SGB V vergütet. Dabei sind nach § 87b Abs. 2 SGB V zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit Regelleistungsvolumina festzulegen. Die das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungen sind mit abgestaffelten Preisen zu vergüten. Die Werte für die Regelleistungsvolumina sind nach § 87b Abs. 3 SGB V morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden festzulegen, bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach § 87a Abs. 2a SGB V zugrunde zu legende Definition zu beachten. Gemäß § 87b Abs. 4 SGB V hat der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina zu bestimmen. Dieser Verpflichtung ist der Erweiterte Bewertungsausschuss durch Teil F seines Beschlusses vom 27. und 28. August 2008 (mit späteren Änderungen) nachgekommen.

Nach Teil F Nr. 3.2.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses erhält jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 1, zu denen die Chirurgen gehören, ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen, dessen Höhe sich aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal ergibt. Darauf beziehen sich §§ 8, 13 der von der Beklagten mit den Krankenkassen geschlossenen Vereinbarung zur Gesamtvergütung und zu arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen im Jahr 2009, wobei dort für die Bildung der Arztgruppen auf Anlage 3 Bezug genommen wird, in der die Chirurgen ebenfalls aufgelistet sind. Die Umsetzung des § 87b SGB V durch den Erweiterten Bewertungsausschuss entspricht grundsätzlich den gesetzlichen Vorgaben (BSG v. 11. Dezember 2013 – B 6 KA 6/13 R – juris Rn 20).

Nicht zu beanstanden ist, dass die Beklagte die Klägerin der Arztgruppe der Chirurgen zugeordnet hat. Das entspricht nämlich dem Zulassungsstatus der Klägerin. Die Orientierung an dem Zulassungsstatus steht in Übereinstimmung mit Teil F Nr. 1.2.3 des Beschlusses vom 27. und 28. August 2008, wonach bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens eines Arztes der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen ist. Entgegen der Rechtsauffassung der Klägerin ist sie nicht wie zu behandeln wie ein Arzt, der eine Zulassung für mehrere Fachgebiete besitzt (vgl. dazu BSG v. 11. Mai 2011 – B 6 KA 2/10 R – juris Rn 28). Die Klägerin erfüllt nämlich die Voraussetzung einer Doppelzulassung nicht. Sie ist insbesondere nicht berechtigt, alle dem Fachgebiet der Radiologie zuzuordnenden Leistungen zu erbringen. Die Zuordnung ist im Übrigen nur die Basis für die Berechnung des Regelleistungsvolumens, das durch die – noch zu erörternde – Berücksichtigung von Zuschlagsleistungen und Praxisbesonderheiten weiter modifiziert werden kann.

Insoweit kommt es auch nicht darauf an, ob die von der Klägerin erbrachten Behandlungsleistungen tatsächlich höher honoriert werden würden, wenn eine Zuordnung zu einer anderen Arztgruppe – hier der Radiologie - erfolgte. Es gibt nämlich nicht den zwingenden Rechtssatz, dass das Honorar für eine bestimmte ärztliche Leistung unabhängig von der Arztgruppe immer gleich hoch sein muss. Dagegen spricht schon, dass die Honorarverteilung sich nicht nur nach der Art der Leistung, sondern auch nach der Zugehörigkeit zu bestimmten Arztgruppen bestimmt.

Ausgehend von der Zuordnung in die Arztgruppe der Chirurgen entsprechen die von der Beklagten zugrunde gelegten Werte (arztindividuelle Fallzahl von 1.370 und durchschnittlicher Fallwert der Arztgruppe von 24,40 EUR) dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschuss v. 27. und 28. August 2008 sowie der Vereinbarung zur Gesamtvergütung und zu arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen im Jahr 2009. Zutreffend hat die Beklagte für die Berechnung des Regelleistungsvolumens auch einen Fallwertzuschlag für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches, die nicht Fachärzte für Nuklearmedizin, Radiologie oder Strahlentherapie sind, für qualitätsgebundene Leistungen innerhalb des Leistungsbereichs Diagnostische Radiologie in Höhe von 6,10 EUR je Behandlungsfall berücksichtigt. Rechtsgrundlage dafür ist Anlage 1 Ziffer 6 zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses v. 27. und 28. August 2008 Teil F in der Fassung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 20. April 2009.

Entgegen der Rechtsauffassung der Klägerin war das Regelleistungsvolumen nicht weitergehend wegen Praxisbesonderheiten anzupassen. Rechtsgrundlage für die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten ist zunächst § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V. Der erweiterte Bewertungsausschuss hat dazu vorgegeben (Teil F des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses v. 27. und 28. August 2008, Ziff. 3.6), dass Praxisbesonderheiten zwischen den Partnern der Gesamtverträge zu regeln sind. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 Prozent vorliegt. Nach § 16 der Vereinbarung zur Gesamtvergütung und zu arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen im Jahr 2009 ist von Praxisbesonderheiten auszugehen, wenn eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Fallzahl gegenüber dem Vorjahresquartal eingetreten ist (Abs. 1) oder eine für die Versorgung bedeutsame fachliche besonders genannte Spezialisierung vorliegt (Abs. 2). Diese beiden Alternativen sind vorliegend offensichtlich nicht erfüllt. Weder ist es im Quartal III/2009 zu einer erheblichen Erhöhung der Fallzahl gegenüber der des Quartals III/2008 gekommen, noch gehören Röntgendiagnostik einschließlich Mammografieleistungen zu den in Abs. 2 gesondert genannten fachlichen Spezialisierungen.

Abweichend von Abs. 1 und 2 wird nach § 16 Abs. 3 Vereinbarung zur Gesamtvergütung und zu arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen im Jahr 2009 weiter von Praxisbesonderheiten ausgegangen, wenn eine Überschreitung des tatsächlichen Fallwertes der Arztgruppe im Abrechnungsquartal um mehr als 30 % aufgrund einer für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung unter der Voraussetzung vorliegt, dass der jeweilige Anteil spezialisierter im A-RLV enthaltener Leistungen gemessen am A-RLV-Gesamtleistungsbedarf größer als 15 % ist und sich im Vergleich zur entsprechenden Arztgruppe eine Überschreitung von mindestens 50 % ergibt. Dabei gelten als spezialisierte Leistungen nicht regelmäßig in erheblichem Umfang in der Arztgruppe durchgeführte Leistungen. Nur die letztere Voraussetzung wird von der Klägerin hinsichtlich der Mammografieleistungen erfüllt. Es fehlt jedoch bereits an einer Überschreitung des tatsächlichen Fallwertes der Arztgruppe im Abrechnungsquartal um mehr als 30 %. Die Klägerin übersteigt mit dem von ihr angefordertem tatsächlichen Fallwert den Durchschnitt des tatsächlichen Fallwertes ihrer Arztgruppe nach der insoweit unwidersprochen gebliebenen Darstellung der Beklagten nur um 10,39 %.

Auch aus § 16 Abs. 4 Vereinbarung zur Gesamtvergütung und zu arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen im Jahr 2009 ergibt sich kein Anspruch der Klägerin auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Nach dieser Vorschrift kann der Vorstand der Beklagten zwar unabhängig von der Erfüllung bestimmter Tatbestandsvoraussetzungen über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten befinden. Neben den ausdrücklich geregelten Fällen der Praxisbesonderheiten kommt ein solcher weiterer Härtefall aber nur in Ausnahmefällen in Betracht, in denen die wirtschaftliche Existenz der Praxis gefährdet sein und ein spezifischer Sicherstellungsbedarf bestehen muss. Zusätzlich können noch gravierende Verwerfungen der regionalen Versorgungsstruktur zur Anerkennung eines Härtefalles führen (BSG v. 29. Juni 2011 – B 6 KA 17/10 R juris Rn. 29). Diese Voraussetzungen liegen sämtlich nicht vor, so dass die Beklagte keinen Anlass für eine entsprechende Bestätigung ihres Ermessens hatte.

Die wirtschaftliche Existenz der Klägerin steht nicht auf dem Spiel. Dazu hat schon die Klägerin selbst nichts vorgetragen. Es sind auch keine Verwerfungen der regionalen Versorgungsstruktur zu befürchten. Der Senat lässt ausdrücklich dahingestellt sein, ob dies schon deswegen nicht der Fall ist, weil neben der Klägerin noch ein Radiologe ebenfalls mit Vertragsarztsitz in Neuruppin Mammografieleistungen anbietet (vgl. insoweit BSG v. 29. Juni 2011 – B 6 KA 17/10 R juris Rn. 19). Die Ankerkennung von Praxisbesonderheiten ist jedenfalls nur dann geboten, wenn ansonsten das Honorar für die "besonderen" ärztlichen Leistungen unterdurchschnittlich ausfällt (vgl. BSG v. 29. Juni 2011 – B 6 KA 17/10 R – juris Rn 21). Der Klägerin werden aber auch ohne die Berechnung von Praxisbesonderheiten genügend finanzielle Anreize zur Fortsetzung ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit einschließlich Mammografieleistungen geboten.

Zu Unrecht meint die Klägerin, dass sie allein deswegen Anspruch auf eine abweichende Berechnung ihres Regelleistungsvolumens hat, weil sie teilweise andere Leistungen als die Arztgruppe der Chirurgen im Übrigen anbietet. Ohne eine relevante Ausprägung dieser Besonderheit in der Vergütungsstruktur besteht indessen keine Notwendigkeit, bei dem Zuschnitt des Regelleistungsvolumens steuernd einzugreifen. Denn solange der Umfang der abgerechneten Leistungen innerhalb des in der Fachgruppe üblichen Volumens verbleibt, ist davon auszugehen, dass die besonderen Leistungen in der Praxis der Klägerin an Stelle der in chirurgischen Praxen allgemein üblichen erbracht werden. Soweit die Klägerin durch ihr spezielles Leistungsangebot zusätzliche Patienten anzieht, die ausschließlich Mammografieleistungen in Anspruch nehmen, spiegelt sich das bereits in ihrer hohen Fallzahl wieder, die den Durchschnitt der Arztgruppe deutlich übersteigt und ihren Niederschlag in der Berechnung des der Klägerin zustehenden Regelleistungsvolumens findet. Bereits die Beklagte hat zutreffend darauf hingewiesen, dass sich die Vergütung für die von der Klägerin erbrachten Mammografieleistungen nicht nur nach dem Zuschlag für diagnostische Radiologie bestimmt, sondern auch nach dem Fallwert je Behandlungsfall, der ihrer Arztgruppe zugeordnet ist. Aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit hat die Klägerin Anspruch auf einen von ihrer Facharztgruppe abweichenden höheren Fallwert nur, wenn sie wegen Praxisbesonderheiten je Patient mehr oder höherwertige Leistungen als der Durchschnitt aller Chirurgen erbringt, nicht aber schon dann, wenn sie lediglich andere aber ansonsten gleichwertige Leistungen erbringt. Dass die Klägerin aber gemessen an dem EBM keinen wesentlich höheren Honorarbedarf als andere Chirurgen hat, ergibt sich aus dem Vergleich ihres (tatsächlichen) Fallwertes mit dem (tatsächlichen) Fallwert aller Chirurgen. Auch außerhalb eines Vergleichs mit der Fachgruppe der Chirurgen lassen sich keine erheblichen

Abweichungen belegen.

Die Vergütungsquote der Klägerin aus dem Regelleistungsvolumen liegt trotz der bei ihr bestehenden Besonderheiten nicht signifikant unter der Vergütungsquote aller Fachärzte. Nach der unwidersprochen gebliebenen Darstellung der Beklagten liegt die Vergütungsquote der Klägerin bei 88,43 %, die der Fachärzte dagegen bei 79,56 %.

Weiter ist auch kein Ausgleich für einen überproportionalen Honorarverlust nach § 17 der Vereinbarung iVm Teil F 3.7 des Beschlusses vom 27. und 28. August 2008 zu gewähren. Ein solcher Honorarverlust liegt nämlich nicht vor. Das ergibt sich aus der von der Beklagten vorgelegten Übersicht über die Honorarentwicklung der Klägerin seit dem Quartal I/2008.

Die Klägerin kann schließlich nichts daraus herleiten, dass die Höhe des ihr zugewiesenen Regelleistungsvolumen nicht ausreicht, um alle erbrachten Mammografieleistungen entsprechend der Euro-Gebührenordnung zu vergüten. Das BSG hat bereits klargestellt, das § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V nicht so zu verstehen ist, dass jedenfalls alle notwendigen oder wesentlichen Leistungen eines ärztlichen Fachgebietes auf der Grundlage der jeweils im Land geltenden Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind (BSG v. 11. Dezember 2013 – B 6 KA 6/13 R). Denn auch nach Einführung der Regelleistungsvolumina hat sich nichts daran geändert, dass die den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Verteilung zur Verfügung stehende Geldmenge sich nicht nach der Euro-Gebührenordnung, sondern nach der Höhe der jeweils vereinbarten Gesamtvergütung bestimmt.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG sind nicht ersichtlich. Entscheidungserheblich ist nur bereits abgelaufenes Recht.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2017-02-09