

L 24 KA 10/15

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
24
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 20/13
Datum
28.01.2015
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KA 10/15
Datum
24.11.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin werden das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 28. Januar 2015 sowie der Bescheid der Beklagten vom 28. Oktober 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Januar 2013 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, über den Honoraranspruch der Klägerin für das II. Quartal 2010 erneut unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts zum Morbiditätszuschlag zu entscheiden. Die Kosten des Verfahrens hat die Klägerin zu drei Vierteln, die Beklagte zu einem Viertel zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist der Honorarbescheid für das II. Quartal 2010.

Die Klägerin ist ein in der Rechtsform einer GmbH betriebenes Medizinisches Versorgungszentrum, das mit Beginn des II. Quartals 2010 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen wurde. Als angestellte Ärztinnen wurden für die Klägerin die Fachärztin für Nervenheilkunde Frau Dr. L und die Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Frau W tätig. Vor der Aufnahme der Beschäftigung bei der Klägerin hatten die beiden Ärztinnen auf eine vorher bestehende Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als niedergelassene Ärzte in Einzelpraxen in C verzichtet.

Durch Honorarbescheid vom 28. Oktober 2010 setzte die Beklagte das Honorar für das II. Quartal 2010 in Höhe von 79.492,55 EUR (brutto) fest. Das entsprach einer Vergütungsquote von 79,89 %.

Die Klägerin legte Widerspruch ein, mit dem sie die Berücksichtigung höherer Fallzahlen und eines Kooperationszuschlags verlangte, die mangelnde Transparenz des Bescheides, das Fehlen eines vorherigen Zuweisungsbescheides sowie die vorgenommenen Abstufungen rügte, die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten begehrte, sie sich gegen Honorarkürzungen wegen unzureichender Fortbildung verwahrte und eine Honorarausgleichszahlung beantragte sowie sich gegen vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellungen wandte.

Durch Widerspruchsbescheid vom 18. Januar 2013 vergütete die Beklagte einige Gebührennummern nach und wies den Widerspruch im Übrigen zurück. Die Honorarberechnung entspreche nunmehr den maßgebenden Vorschriften.

Dagegen richtet sich die am 18. Februar 2013 bei dem Sozialgericht Potsdam eingegangene Klage. Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 28. Januar 2015 abgewiesen. Die Klägerin sei nicht beschwert. Hinsichtlich der geltend gemachten Praxisbesonderheiten werde auf den Widerspruchsbescheid verwiesen. Mit Recht sei die für Neu- und Jungpraxen geltende Regelung angewandt worden. Denn die angestellten Ärzte hätten auf ihre Zulassung verzichten müssen. Mithin liege ein Statuswechsel vor, so dass die Fallzahlen des Vorjahresquartals nicht herangezogen werden könnten. Neben der Berücksichtigung der tatsächlichen Fallzahl bestehe kein Anspruch auf Gewährung eines Kooperationszuschlags. Es sei nicht zu beanstanden, dass ein Kooperationszuschlag nur denjenigen Ärzten gewährt werde, bei denen die Fallzahlen des Vorjahres zugrunde gelegt würden. Nach der Zählweise der Bundesmantelverträge werde ein Versicherter, der in demselben Quartal bei mehreren Ärzten der Klägerin in Behandlung gewesen sei, gleichwohl nur als ein Behandlungsfall gezählt. Das solle der Kooperationszuschlag ausgleichen, wenn aber begünstigend die tatsächliche im Quartal abgerechnete Behandlungsfallzahl zugrunde gelegt werde, verstoße die Nichtgewährung eines zusätzlichen Kooperationszuschlags weder gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit noch gegen den der angemessenen Vergütung. Auch die Vorgaben des BSG zu den notwendigen Wachstumsmöglichkeiten einer Neupraxis seien eingehalten. Diese würden nicht bedeuten, dass für eine bestimmte Anzahl von Quartalen alle erbrachten Leistungen zur Gänze vergütet werden müssten. Grundsätzlich sei für die Fachärztin für Psychiatrie ein

Spezialisierungsfaktor zu gewähren gewesen. Dieser habe jedoch nach den vorgelegten Abrechnungsdaten unter 1 gelegen, so dass keine Erhöhung des Regelleistungsvolumens erfolgen konnte. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten scheitere daran, dass das Regelleistungsvolumen nicht um mindestens 30 % überschritten worden sei. Auch die unterbliebene vorherige Zuweisung eines Regelleistungsvolumens führe nicht zur Rechtswidrigkeit des Honorarbescheides. Eine rechtzeitige Zuweisung habe aus tatsächlichen Gründen nicht erfolgen können, weil der Zulassungsausschuss erst am 17. März 2010 über die Zulassung der Klägerin ab dem 1. April 2010 entschieden habe. Das Unterbleiben einer Zuweisung zu einem späteren Zeitpunkt sei unschädlich. Das BSG habe die Frist ausdrücklich als Ordnungsfrist und nicht als Ausschlussfrist eingestuft (Hinweis auf Ur. v. 15. August 2012 - [B 6 KA 38/11 R](#)). Das II. Quartal 2010 sei das erste Abrechnungsquartal gewesen, deswegen könne auch kein bisheriges Regelleistungsvolumen fortgelten. Mit Recht habe schließlich die Beklagte einen Kürzungsbetrag wegen des Fehlens eines Nachweises der Fortbildungspunkte für die angestellte Fachärztin für Frauenheilkunde festgesetzt.

Gegen das ihr am 18. Februar 2015 zugestellte Urteil richtet sich die am 17. März 2015 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingegangene Berufung der Klägerin, die sie auf die Nichtvergütung eines Teils der Honorarforderungen wegen Überschreitung des Regelleistungsvolumens in Höhe von 8.539,52 EUR beschränkt hat. Die Regelungen in der Vereinbarung zur Gesamtvergütung und zu arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen im Jahr 2010 in der für das II. Quartal 2010 maßgeblichen Fassung vom 22. Dezember 2009 (M-GV/A-RLV Vertrag) und die Beschlüsse des Bewertungsausschusses müssten die zwingenden gesetzlichen Vorgaben einhalten. Da die Regelleistungsvolumina der Leistungssteuerung dienen, seien für ihre Bestimmung auch die von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien der Berücksichtigung von Jung-, Aufbau- und Anfängerpraxen zu berücksichtigen. Die Beklagte habe für das II. Quartal 2010 für Frau Dr. Lund Frau W die tatsächlichen Fallzahlen aus dem Abrechnungsquartal zugrunde gelegt. Der Ansicht, dass stattdessen nicht die Fallzahlen aus den Vorjahresquartalen herangezogen werden dürften, sei zu widersprechen. Die Regelung in § 16 Abs. 1 Satz 2 M-GV/A-RLV Vertrag sei nicht nur nach Neuzulassung oder Statuswechsel anwendbar. In der Vorschrift sei keine entsprechende Einschränkung formuliert. Sowohl für Frau Dr. L als auch für Frau W gebe es Vergleichszahlen aus dem Vorjahresquartal. Diese überschritten die tatsächlichen Fälle. Die Bezugnahme auf die Zahlen aus dem Vorjahresquartal stelle das Grundprinzip der Bildung von A-RLV wieder her. Frau Dr. L habe im Vorjahresquartal 945 Fälle, Frau W 680 Fälle gehabt. Bei Zugrundelegung dieser Fallzahlen ergebe sich für Frau Dr. L ein A-RLV von 29.002,05 EUR, für Frau W von 10.893,60 EUR, also ein Gesamt-A-RLV von 39.895,65 EUR. Fraglich sei darüber hinaus, ob § 16 M-GV/A-RLV Vertrag mit den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu Jung-, Aufbau- und Anfängerpraxen vereinbar sei. Bei Zugrundelegung der durchschnittlichen Fallzahlen der jeweiligen Arztgruppe aus dem Vorjahresquartal ergebe sich für Frau Dr. L ein A-RLV in Höhe von 30.168,27 EUR und für Frau W in Höhe von 18.374,94 EUR, also ein Gesamt-A-RLV von 48.543,21 EUR. Eine übermäßige Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit könne bis zum Erreichen des Fachgruppendurchschnitts nicht gegeben sein. Die tatsächlichen Fallzahlen aus dem II. Quartal 2010 lägen sowohl unter den durchschnittlichen RLV-Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal als auch unter den durchschnittlichen RLV-Fallzahlen des II. Quartals 2010. Auch der individuell abgerechnete Fallwert der Ärztinnen liege unter dem durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe. Insoweit sei nicht nachzuvollziehen, wie es überhaupt zu einer Überschreitung des Regelleistungsvolumens gekommen sein könne. Im Hinblick auf die Förderung kooperativer Versorgungsformen widerspreche die Auffassung des Sozialgerichts und der Beklagten, dass ein Kooperationszuschlag nicht zu gewähren sei, weil keine Fälle aus dem Vorjahresquartal vorlägen, den klaren Vorgaben in [§ 87b Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#). Dem Gesetz sei keine Beschränkung des Kooperationsfaktors auf Altpraxen zu entnehmen. Ihre Einführung durch den M-GV/A-RLV Vertrag verletze auch den Vorrang der Beschlüsse des Bewertungsausschusses. Das ermittelte Regelleistungsvolumen sei um 10% zu erhöhen, da zwei fachübergreifende Arztgruppen vorlägen. Auch habe die Klägerin überdurchschnittlich viele über 60jährige Patienten behandelt. Die Beklagte habe dazu erklärt, dass eine Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter das Vorliegen von Vorjahresquartalen erfordere. Nach den Gesetzesmaterialien sei das Kriterium der Morbidität aber zwingend zu beachten. Eine Beschränkung auf Altpraxen sei dem Gesetz auch insoweit nicht zu entnehmen. Im Übrigen sei der Klägerin kein Regelleistungsvolumen zugewiesen worden. Sie habe deswegen nicht erkennen können, dass ihr nur eine abgestaffelte Vergütung gezahlt werden würde. Die gegenteilige Auffassung der Beklagten dazu sei nicht nachvollziehbar. Da die vorherige Zuweisung des Regelleistungsvolumens zwingend vorgeschrieben sei und Aufklärungs- und Warnfunktion habe, sei es interessengerecht, das Honorar in dem vorliegenden Fall überhaupt nicht abzustaffeln. Zu Unrecht verweise das Sozialgericht ebenso wie die Beklagte in diesem Zusammenhang auf das Urteil des BSG v. 15. August 2012 - [B 6 KA 38/11 R](#). Vorliegend sei ein Regelleistungsvolumen nicht lediglich verspätet zugewiesen worden, sondern sei seine Zuweisung gänzlich unterblieben.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 28. Januar 2015 sowie den Honorarbescheid vom 28. Oktober 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Januar 2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über den Honoraranspruch der Klägerin für das Quartal II. 2010 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend. Die Systematik der Regelleistungsvolumina beruhe auf den Abrechnungsdaten der Vorjahresquartale, woraus sich die Notwendigkeit von Anpassungen ergebe, wenn die Daten aktueller Abrechnungsquartale zur Ermittlung der Regelleistungsvolumina herangezogen würden. Sie - die Beklagte - habe die Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Formulierung von Anfangs- und Übergangsregelungen für Neuzulassungen von Vertragsärzten, Praxen in der Anfangsphase und Umwandlung von Kooperationsformen durch § 16 M-GV/A-RLV Vertrag erfüllt. Den Partnern der Gesamtverträge habe ein weiterer Gestaltungsspielraum zugestanden. Nach § 16 M-GV/A-RLV Vertrag seien für neu zugelassene Vertragsärzte, worunter auch Medizinische Versorgungszentren zu verstehen seien, in den ersten acht Quartalen für die Ermittlung des A-RLV die tatsächliche Fallzahl des Abrechnungsquartals heranzuziehen, maximal die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe. Soweit die Regelung dahingehend ergänzt worden sei, dass bei Vorhandensein von Vergleichszahlen aus dem Vorjahresquartal diese zu berücksichtigen seien, müsse es sich dann bereits aus sachlogischen Gründen um eine Vergleichszahl derselben Praxis bzw. desselben Versorgungszentrums handeln. Die Fallzahlen einer Einzelpraxis und die für Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum seien nicht vergleichbar. Dass die Aufgabe einer Einzelpraxis, um sich in einem medizinischen Versorgungszentrum anstellen zu lassen, mit dem Verlust von Vorteilen verbunden sein könne, habe das Bundessozialgericht bereits bestätigt (Ur. v. 17. Juli 2013 - [B 6 KA 44/12](#)). Eine Zugrundelegung der Durchschnittsfallzahl der Arztgruppe würde eine sachlich unbegründete Besserstellung der Klägerin bedeuten, weil dann eine Vergütung für Patienten zuerkannt würde, die

tatsächlich nicht behandelt worden seien. Die auszuzahlenden normativen Fallwerte seien Ausdruck der weiterhin begrenzt zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung. Die Klägerin habe keinen höheren Leistungsbedarf angefordert als der Durchschnitt der jeweiligen Arztgruppe. Die Überschreitung des Regelleistungsvolumens erkläre sich daraus, dass die von den Krankenkassen gezahlte Gesamtvergütung für die vollständige Vergütung der von den Ärzten erbrachten Leistungen nicht ausreiche. Die Vergütungsquote habe im fachärztlichen Versorgungsbereich 78,68 % betragen, die der Klägerin bei 78,05 % gelegen. In Bezug auf den begehrten Kooperationszuschlag sei darauf zu verweisen, dass bei kooperativen Versorgungsformen mehrere Ärzte an der Behandlung eines Patienten beteiligt seien. Für die Berechnung des A-RLV würde jedoch auf einen einzigen Behandlungsfall abgestellt. Zum Ausgleich dieser Verdichtung gebe der Bewertungsausschuss die Gewährung eines Kooperationsaufschlages vor. Bei Jung- und Anfängerpraxen werde das A-RLV dagegen unter Zugrundelegung der tatsächlichen Fallzahlen der einzelnen Ärzte gebildet. Sie würden wie niedergelassene Einzelpraxen behandelt, eine ausgleichende Besonderheit liege nicht vor. Die Gewährung eines Kooperationsaufschlages würde dann eine nicht gerechtfertigte Besserstellung bedeuten. Die Berücksichtigung eines Altersklassenfaktors sei deswegen nicht möglich, weil dieser nur bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens unter Zugrundelegung der RLV-Fälle, nicht aber bei der Verwendung von Arztfällen vorgesehen sei. Für Neupraxen sei ein Altersklassenfaktor nicht erchenbar. Eine Zuweisung des Regelleistungsvolumens an die Klägerin noch nach Ablauf der Ordnungsfrist sei deswegen nicht notwendig gewesen, weil sich das Regelleistungsvolumen für die Klägerin durch Multiplikation der tatsächlichen Arztfallzahl mit dem normativen Fallwert der Arztgruppe unmittelbar ergeben habe. Auch ein Zuweisungsbescheid hätte kein endgültiges Regelleistungsvolumen ausweisen können, da dieses letztlich von der im aktuellen Quartal abgerechneten Arztfallzahl abhängig gewesen sei. Für die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nur zu einem geringen Teil begründet. Das Sozialgericht Potsdam hat die Klage überwiegend zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat lediglich einen Anspruch auf Neuberechnung im Hinblick auf die Berücksichtigung eines Morbiditätszuschlages. Im Übrigen ist der Honorarbescheid der Beklagten vom 28. Oktober 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Januar 2013 aber rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Rechtsgrundlage für die Honorarverteilung und damit den angefochtenen Bescheid ist der zwischen der Beklagten und den Krankenkassen geschlossene M-GV/A-RLV Vertrag.

Die Vereinbarung zur Gesamtvergütung und zu arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen beruht ihrerseits auf [§ 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#). Nach dieser Vorschrift verteilt die Beklagte die Gesamtvergütung auf der Grundlage eines mit den Verbänden der Krankenkasse zu schließenden Vertrages an die Vertragsärzte. Inhaltliche Vorgaben für die Verteilung ergeben sich insbesondere aus [§ 87b SGB V](#) in der hier maßgeblichen, bis 22. September 2011 geltenden Fassung (a.F.). Danach werden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 auf der Grundlage der regional geltenden Euro Gebührenordnung nach [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) a. F. vergütet. Dabei sind nach [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) a. F. 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](#) a. F. morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen, bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach [§ 87a Abs. 2](#) a SGB V a. F. zugrunde zu legende Definition zu beachten. Nach [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) a. F. hat der Bewertungsausschuss erstmalig zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina zu bestimmen. Dieser Verpflichtung ist der EBewA durch Teil F seines Beschlusses vom 27. und 28. August 2008 (mit späteren Änderungen) nachgekommen.

Die Klägerin kann zunächst nichts daraus herleiten, dass sie entgegen [§ 87b Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) vor dem Erlass des Honorarbescheides keinen Zuweisungsbescheid erhalten hat. Die (rechtzeitige) Erteilung eines Zuweisungsbescheides ist nach der Rechtsprechung des BSG eine bloße Ordnungsvorschrift. Selbst ihre bewusste Nichtbeachtung durch eine kassenärztliche Vereinigung gibt nur Anlass zum Einschreiten der Aufsichtsbehörde, ohne aber weitere Rechtsfolgen auszulösen (BSG v. 15. August 2012 - [B 6 KA 38/11 R](#) - Rn 26). Entgegen der Rechtsauffassung der Klägerin kann es auch nicht darauf ankommen, ob der Zuweisungsbescheid nur verspätet oder überhaupt nicht erteilt worden ist. Denn durch Erteilung des Honorarbescheides erledigt sich der Zuweisungsbescheid ohnehin (BSG v. 15. August 2012 - [B 6 KA 38/11 R](#) - Rn 11), so dass insoweit eine Nichterteilung der Verspätung gleichsteht.

Gemäß [§ 8 Abs. 2 M-GV/A-RLV Vertrag](#) in der ab dem 1. Januar 2010 geltenden Fassung erfolgt die Berechnung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina (A-RLV) nach Maßgabe der Regelungen der Teile H, G und F des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2010 vom 2. September 2009 (Beschluss 2010) und den im M-GV/A-RLV Vertrag vereinbarten Normen.

Die Klägerin hat aufgrund dieser Vorgaben und des höherrangigen Rechts nur eingeschränkt Anspruch auf eine günstigere Berechnung ihres Honorars. Insbesondere hat sie weder Anspruch auf die Anerkennung höherer für die Berechnung des Regelleistungsvolumens maßgeblicher Fallzahlen noch auf die Gewährung eines Zuschlags für kooperative Versorgungsformen. Nach [§ 14 Abs. 1 M-GV/A-RLV Vertrag](#) erfolgt die Bildung der A-RLV nach Maßgabe des Beschlusses 2010 Teil F Abschnitt I Nrn. 1, 2 und 3 und der zugehörigen Anlagen. A-RLV werden nach Maßgabe der in Satz 1 genannten Normen für die in Anlage 3 genannten Arztgruppen unter Ansatz der dort aufgeführten Fallwerte festgesetzt; die Berechnung der A-RLV obliegt der Beklagten. Nach 3.2.1 des Beschlusses 2010 erhält jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen, das sich aus der Multiplikation des jeweils gültigen arztgruppenspezifischen Fallwerts mit der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal ergibt. Nach 1.2.4 erfolgt die Zuweisung eines Regelleistungsvolumens zwar grundsätzlich praxisbezogen. Die Höhe der Praxisbezogenen Regelleistungsvolumen ergibt sich aber aus der Summe der Regelleistungsvolumina der in einer Praxis tätigen Ärzte. Beide Ärztinnen gehören als Fachärztin für Nervenheilkunde und Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe einer der in Anlage 1 zum M-GV/A-RLV genannten Arztgruppen an, so dass für beide ein Regelleistungsvolumen zu bilden war. Entsprechend ergab sich das für die Klägerin im II. Quartal 2010 maßgebliche Regelleistungsvolumen aus der Summe der den beiden Ärztinnen Dr. L und Frau W zuzuordnenden Regelleistungsvolumina.

Indessen haben die Vertragsparteien für Neuzulassungen von Vertragsärzten, Praxen in der Anfangsphase und Umwandlung der

Kooperationsform Anfangs- und Übergangsregelungen zu beschließen. Diesem Auftrag ist durch § 16 M-GV/A-RLV Vertrag entsprochen worden. Danach wird für neu zugelassene Vertragsärzte in den ersten acht Abrechnungsquartalen für die Ermittlung des A-RLV die tatsächliche Fallzahl des Abrechnungsquartals herangezogen, maximal die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfanges. Stattdessen ist eine Vergleichsfallzahl aus dem Vorjahresquartal anzuwenden, wenn sie zur Verfügung steht und höher ist. Als Vertragsarzt zählen nach § 8 Abs. 1 M-GV/A-RLV auch medizinische Versorgungszentren. Die Klägerin ist zum Beginn des II. Quartals 2010 neu zugelassen worden. Demnach finden die für Neupraxen geltenden Grundsätze Anwendung, es ist auf die tatsächlichen Arztfälle der beiden angestellten Ärztinnen abzustellen. Entgegen der Auffassung der Klägerin kann weder die Durchschnittsfallzahl der Arztgruppen berücksichtigt, noch auf die Fallzahlen der beiden Ärztinnen aus der Zeit zurückgegriffen werden, in denen sie noch eine Einzelpraxis betrieben hatten. Die Durchschnittsfallzahl ist nach dem eindeutigen Wortlaut des § 16 M-GV/A-RLV Vertrag nur eine Höchstgrenze für die Berücksichtigung der tatsächlichen Fallzahlen, die demnach der eigentlich erhebliche Faktor sind. Die Zahlen der angestellten Ärztinnen sind keine Vergleichsfallzahlen, weil sich durch die Aufgabe der Einzelpraxen und die Anstellung bei der Klägerin eine erhebliche Veränderung ergeben hat. Das ergibt sich auch daraus, dass die für die Berechnung des A-RLV relevanten Fallzahlen in medizinischen Versorgungszentren anders gezählt werden als in Einzelpraxen. Denn nach 2.3 des Beschlusses 2010 wird nur in Einzelpraxen jeder Arztfall in die Berechnung einbezogen, wohingegen in medizinischen Versorgungszentren auf Behandlungsfälle abgestellt wird, an denen auch mehrere Ärzte Anteil haben können. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass in Einzelpraxen die Zahl der für die Berechnung des A-RLV erheblichen Behandlungsfälle je Arzt regelmäßig höher ist als in Gemeinschaftspraxen oder Medizinischen Versorgungszentren. Abzustellen bei der Berechnung des A-RLV für die Klägerin war danach auf die tatsächlichen Arztfallzahlen der beiden bei der Klägerin angestellten Ärztinnen im II. Quartal 2010. Dass der Beklagten dabei rechnerische Fehler unterlaufen sein könnten wird von der Klägerin selbst nicht behauptet, ebenso wenig, dass sie einen falschen arztgruppenspezifischen Fallwert berechnet hätte. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Gesichtspunkt, dass die Klägerin unabhängig von dem Nichtvorliegen einer Praxisübernahme im Sinne des § 16 Abs. 4 M-GV/A-RLV unverändert den Versorgungsauftrag fortgeführt hätte, der früher von den bei ihr angestellten Ärztinnen als niedergelassene Ärzte in Einzelpraxen wahrgenommen worden ist. Denn aus der eingetretenen Verringerung der tatsächlichen Arztfallzahlen ergibt sich, dass die bisherige Versorgung gerade nicht unverändert im bisherigen Umfang fortgeführt wurde.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf einen Kooperationszuschlag. Nach 1.2.4 des Beschlusses 2010 wird zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften das praxisbezogene Regelleistungsvolumen für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte um 5% je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal sechs Arztgruppen bzw. Schwerpunkte erhöht. Zutreffend hat die Beklagte in dem hier angefochtenen Honorarbescheid von der Berücksichtigung eines solchen Kooperationszuschlags abgesehen. Denn für sie wurde das praxisbezogene Regelleistungsvolumen nicht nach Anlage 2 Nr. 5 des Beschlusses 2010 auf der Basis der RLV-Fälle des Vorjahres, sondern auf der Grundlage der aktuell abgerechneten Arztfälle ermittelt. Auch das höherrangige Recht, insbesondere der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit gebietet nicht, dass neben einer Berechnung des RLV anhand der Arztfallzahl auch noch ein Kooperationszuschlag gewährt werden muss. Denn der Kooperationszuschlag soll ausgleichen, dass nach 2.3 des Beschlusses 2010 auch mehrere Arztfälle in einem Medizinischen Versorgungszentrum nur als ein für die Berechnung des Regelleistungsvolumens erheblicher Behandlungsfall gezählt werden. Er verliert damit dann seine Berechtigung, wenn - wie bei der Neugründung eines Medizinischen Versorgungszentrums - alle Arztfälle der angestellten Ärzte in die Berechnung des Medizinischen Versorgungszentrums zugewiesenen Regelleistungsvolumens eingehen (vgl. bereits Urteil des erkennenden Senats v. 18. März 2016 - [L 24 KA 22/15](#) - juris Rn 59). Soweit sich dazu aus dem Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen v. 13. April 2016 - [L 3 KA 5/13](#) eine gegenteilige Rechtsauffassung ergeben sollte, vermag sich der Senat dem nicht anzuschließen. Für den Senat ist maßgebend, dass nach Abschnitt I Ziff. 3.5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses v. 22. September 2009 (Beschluss 2010) die Partner der Gesamtverträge frei sind, welchen Inhalt sie den für Neupraxen zu beschließenden Anfangs- und Übergangsregelungen geben. Schon die von den Partnern des Gesamtvertrags für das Land Brandenburg in § 16 Abs. 1 Satz 1 M-GV/A-RLV Vertrag für Neupraxen vorgegebene Bezugnahme auf die tatsächliche Zahl der Arztfälle bevorteilt diese gegenüber in Kooperationsformen betriebene Altpraxen, in denen es für die Bildung der Regelleistungsvolumina nicht nur auf die Vorjahresquartale sondern auch auf die Zahl der Behandlungsfälle ankommt. Die zusätzliche Gewährung eines Kooperationszuschlages auch an Neupraxen würde demnach eine doppelte Besserstellung beinhalten, die zwar vielleicht zulässig, aber jedenfalls nicht zwingend erforderlich war. Dass sie nicht der Regelungsabsicht der für Brandenburg zuständigen Gesamtpartner entsprach, ergibt sich aus der mit Wirkung ab dem III. Quartal 2010 in den M-GV/A-RLV eingeführten ausdrücklichen Klarstellung in § 17 Abs. 1 Satz 5 M-GV/A-RLV Vertrag, wonach im Falle der Bemessung des Regelleistungsvolumens anhand der tatsächlichen Fallzahl der neu zugelassene Arzt nicht bei der Festlegung eines Zuschlags für Berufsausübungsgemeinschaften berücksichtigt wird.

Die Klägerin hat indessen Anspruch auf Gewährung eines Morbiditätszuschlags wegen Alters. Nach 3.2.2 Beschluss 2010 ist das RLV gemäß 3.2.1 unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Anlage 2 zu ermitteln. Aus Nr. 6 Anlage 2 ergibt sich die vorzunehmende Berechnung für die morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumens nach Altersklassen, für die die Zahl der von dem Arzt in den unterschiedlichen Altersgruppen behandelten Patienten mit den entsprechenden Gesamtzahlen im Bereich der Beklagten aus dem Jahre 2007 ins Verhältnis zu setzen ist. Die Beklagte durfte diese Berechnung nicht deswegen unterlassen, weil die Klägerin unter die Regelung für Neupraxen nach § 16 M-GV/A-RLV Vertrag fällt. Zwar gestattet 3.5 des Beschlusses 2010 den Partnern der Gesamtverträge ganz allgemein, für die Berechnung des Regelleistungsvolumens in Bezug auf neuzugelassene Praxen Sonderregelungen vorzusehen. § 16 M-GV/A-RLV Vertrag hat von dieser Ermächtigung aber nur insoweit Gebrauch gemacht, als Sondervorschriften für die Berechnung der Fallzahlen geschaffen worden sind, nicht aber auch für die Berechnung der Fallwerte oder anderer für die Ermittlung des RLV relevanter Faktoren. Der Morbiditätszuschlag betrifft sachlich indessen eher den Fallwert als die Fallzahlen. Denn er bezieht seine sachliche Rechtfertigung aus einem erhöhten Leistungsbedarf in den unterschiedlichen Alterskohorten, nicht aber aus einer aufgrund des Lebensalters der Patienten abweichenden Zählung derjenigen Fallzahlen, die für die Bemessung des RLV relevant sind. Deswegen wird seine Berücksichtigung schon durch § 16 M-GV/A-RLV nicht ausgeschlossen und ist entsprechend von der Beklagten noch nachzuholen.

Nach alledem war die Beklagte zur Neubescheidung im Hinblick auf den Morbiditätszuschlag zu verurteilen und die Berufung im Übrigen zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 157 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. Entscheidungserheblich ist nur bereits abgelaufenes Recht.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2017-01-06