

S 12 KA 888/11

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 888/11

Datum

02.04.2014

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 33/14

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Für das Quartal III/10 besteht kein Anspruch auf Honorierung der nephrologischen Leistungen (hier: insb. nach Nr. 13601, 13602, 13610, 13611, 13612 und 13620 EBM) außerhalb des Regelleistungsvolumens oder im Rahmen qualitätsgebundener Zusatzvolumina. Der Bewertungsausschuss ist nicht verpflichtet, von einer Einbeziehung der Dialyseleistungen in die Regelleistungsvolumina abzusehen (vgl. BSG, Urt. v. 03.02.2010 - [B 6 KA 31/08 R](#) - [BSGE 105, 236](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 53 = [GesR 2010, 493](#) = [MedR 2010, 884](#) = USK 2010-41). Die Gesamtvertragspartner waren nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses im Quartal III/10 nicht verpflichtet, die Honorargruppe der Nephrologen weiter zu unterteilen (vgl. auch SG Düsseldorf, Urt. v. 25.09.2013 - S 14 KA 261/11 -).

2. Nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses werden die Praxisbesonderheiten zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung (Nr. I.3.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26.03.2010 mit Wirkung zum 01.07.2010 Teil F). „Besonderer Versorgungsauftrag“ ist hierbei von der „für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung“ zu unterscheiden, die insb. durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts konkretisiert wurde und wesentlich auf die frühere Rechtsprechung zum „besonderen Versorgungsbedarf“ als Voraussetzung für eine Erweiterung von Praxis- und Zusatzbudgets zurückgreift (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 66 = USK 2011-78, juris Rdnr. 21 ff.).

3. Dialyseärzte haben einen besonderen Versorgungsauftrag, weil sie zur „Übernahme des Versorgungsauftrags“ einer besonderen Genehmigung bedürfen (§§ 3, 4 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 9.1 zum BMV-Ä/EKV-Ä).

Bemerkung

verb. m. [S 12 KA 889/11](#)

1. Der Bescheid der Beklagten vom 23.05.2011 in Gestalt des Widerspruchbescheides vom 02.11.2011 sowie der Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal III/10 vom 28.12.2010, abgeändert durch Bescheid vom 10.10.2011 und in Gestalt des Widerspruchbescheides vom 02.11.2011, werden aufgehoben und die Beklagte wird verurteilt, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Die Beklagte hat die Gerichtskosten und die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu tragen. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars und des Regelleistungsvolumens für das Quartal III/10 und hierbei insb. um die Frage, ob die Leistungen für die Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten sind.

Die Klägerin ist eine seit dem 01.01.2006 bestehende Gemeinschaftspraxis mit einer Ärztin, die als Internistin, und drei Ärzten, die als Internisten mit dem Schwerpunkt Nephrologie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxisstz in A-Stadt zugelassen sind. Alle vier Ärzte haben einen Versorgungsauftrag zur nephrologischen Betreuung mit Dialyse nach der Anlage 9.1 zu den Bundesmantelverträgen. Zusammen sind sie berechtigt zur kontinuierlichen Betreuung von bis zu 200 Dialysepatienten. Es bestand und besteht eine Kooperation mit der Gemeinnützigen Stiftung "Z." mit Sitz in B-Stadt, die als zugelassener Leistungserbringer nach [§ 126 Abs. 2 SGB V](#) die Sach- und Dienstleistungen der Dialyse erbringt und diese direkt mit den Krankenkassen abrechnet.

Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 18.06.2010 das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina der Klägerin für das streitbefangene Quartal III/10 unter Vorbehalt wegen weiterer Beschlüsse des Bewertungsausschusses auf insgesamt 48.905,17 EUR fest. Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 13.07.2010 Widerspruch ein, den die Beklagte als Antrag auf

Sonderregelung wertete. Die Klägerin legte insb. dar, dass die nephrologischen Leistungen des Kapitels 13.3.6 EBM nicht dem Regelleistungsvolumen unterfallen dürften. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses seien insofern rechtswidrig. Auch müsse Frau A1 das Regelleistungsvolumen für Internisten mit dem Schwerpunkt Nephrologie zugestanden werden, da sie nach der Übergangsregelung der Anlage 9.1 zu den Bundesmantelverträgen diesen gleichgestellt werde.

Mit Bescheid vom 28.07.2010 setzte die Beklagte aufgrund ihres Vorbehalts das Regelleistungsvolumen der Klägerin und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina für das streitbefangene Quartal III/10 auf insgesamt 47.627,18 EUR und das Regelleistungsvolumen im Einzelnen wie folgt neu fest:

RLV-relevante Fallzahl Fallwert in EUR Fallwertabstaffelung Altersstrukturquote Aufschlag fachgleiche BAG Regelleistungsvolumen in EUR
A1, Internistin ohne SP Nephrologie 156 33,63 1,0000 1,0221 1,100 5.898,45
A2, Internist mit SP Nephrologie 158 74,78 1,0000 1,0264 1,100 13.339,88
A3, Internist mit SP Nephrologie 155 74,78 1,0000 1,0265 1,100 13.087,86
A4, Internist mit SP Nephrologie 158 74,78 1,0000 1,0176 1,100 13.225,51
45.551,70

Die Beklagte gab mit Bescheid vom 23.05.2011 dem Antrag auf Sonderregelung insoweit statt, als sie Frau A1 ebf. den RLV-Fachwert der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie in Höhe von 74,78 EUR zuerkannte. Dem Antrag auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten gab sie nicht statt, da die nephrologischen Leistungen vom überwiegenden Teil der Fachgruppe der Nephrologen erbracht würden. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten setze einen besonderen Versorgungsauftrag oder eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung voraus, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwerts der Fachgruppe von mindestens 20 % vorliege. Ihr Vorstand habe am 14.02.2011 beschlossen, dass zunächst eine Prüfung erfolge, ob der Fallwert des RLV um mehr als 20 % überschritten worden sei, ggf. eine weitergehende Prüfung, ob einzelne Leistungen/Leistungsbereiche die dem RLV unterlägen, mehr als 20 % der Leistungsanforderungen des RLV ausmachten und ggf. die weitergehende Prüfung, ob ein besonderer Versorgungsauftrag vorliege. Die Prüfung für das streitbefangene Quartal habe folgende arztindividuellen Fallwerte unter Berücksichtigung der für Frau A1 ausgesprochenen Sonderregelung sowie die prozentuale Abweichung zum Fachgruppen-Fallwert ergeben:

Name RLV-Volumen RLV-Fallzahl Fallwert FG/RLV-Gruppe arztindividueller Fallwert Fallwertüberschreitung
Frau A1 33.852,95 EUR 156 74,78 EUR 217,01 EUR 190,19 %
Herr A2 26.451,50 EUR 158 74,78 EUR 167,41 EUR 128,88 % Dr. A3 28.356,60 EUR 155 74,78 EUR 182,95 EUR 144,65 %
Dr. A4 54.599,03 EUR 158 74,78 EUR 345,56 EUR 362,11 %

Auch wenn der praxisindividuelle Fallwert den RLV-Fallwert um mehr als 20 % übersteige, dies auch für die von der Klägerin geltend gemachten Leistungen nach Nr. 13600 bis 13620 EBM gelte, lägen die Voraussetzungen nicht vor, da diese Leistungen vom überwiegenden Teil der anderen Praxen der Fachgruppe der Nephrologen mit Dialyse ohne Dialysesachkosten (VFG/VTG 33-16) erbracht würden und somit als sog. Kernleistungen für die Fachgruppe der Klägerin anzusehen seien:

Frau A1 Herr A2 Dr. A3 Dr. A4
Leistung Nr. EBM Ausf. Praxen/ 13 gesamt Betrag Leistungsanteil Betrag Leistungsanteil Betrag Leistungsanteil Betrag Leistungsanteil
Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers 13601 13 2.545,20 EUR 7,52 % 0,00 EUR 0,00 % 0,00 EUR 0,00 % 0,00 EUR 0,00 %
Kontinuierl. Betr.e. dialysepflichtig. P. 13602 12 1.376,78 EUR 4,07 % 1.376,78 EUR 5,20 % 2.214,82 EUR 7,81 % 1.856,00 EUR 1,69 %
Ärztliche Betreuung b. Hämodialyse 13610 11 27.209,70 EUR 80,38 % 16.155,30 EUR 61,08 % 19.918,50 EUR 70,24 % 46.819,50 EUR 42,52 %
Ärztliche Betreuung b. Peritonealdialyse 13611 8 0,00 EUR 0,00 % 2.697,45 EUR 10,20 % 0,00 EUR 0,00 % 44,10 EUR 0,04 %
Zuschlag zu Nr. 13610, 13611 13612 6 222,30 EUR 0,66 % 222,30 EUR 0,84 % 200,07 EUR 0,71 % 200,07 EUR 0,18 %
Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese 13620 5 0,00 EUR 0,00 % 955,50 EUR 3,61 % 117,60 EUR 0,41 % 191,10 EUR 0,17 %
Gesamtvolumen d. Leistungsbereiches 31.353,98 EUR 92,62 % 21.407,33 EUR 80,93 % 22.450,99 EUR 79,17 % 49.110,77 EUR 44,60 %
: RLV-Fallzahl 156 158 155 158
Fallwert d. Leistungsbereiches 200,99 EUR 135,49 EUR 144,85 EUR 310,83 EUR

Sie habe die Vorgaben des Bewertungsausschusses im Honorarverteilungsvertrag umgesetzt. Dabei würden die Dialyseleistungen nach den Nrn. 13600 bis 13620 EBM innerhalb des RLV vergütet. Ein Abweichen hiervon sehe der Honorarverteilungsvertrag nicht vor.

Hiergegen legte die Klägerin unter Datum vom 16.06.2011 Widerspruch ein. Ergänzend wies sie darauf hin, die Zuweisungsbescheide seien nicht vier Wochen vor Quartalsbeginn ergangen und damit verspätet. Die von der Beklagten vorgelegten Abrechnungswerte zeigten deutlich die Honorarverwerfungen. Nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses komme es ab dem Quartal III/10 für eine Sonderregelung nicht mehr auf einen Vergleich mit der Fachgruppe an. Entscheidend sei allein der besondere Versorgungsauftrag.

Mit Widerspruchbescheid vom 02.11.2011 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, sie habe die Berechnung der praxisbezogenen Regelleistungsvolumina sowie der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina entsprechend den Vorgaben nach Abschnitt II HV durchgeführt. Dies gelte insbesondere für die Einordnung der Dialyseleistungen gem. Kapitel 13.3.6 EBM. Ausweislich des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung vom 26.03.2010 seien diese Leistungen im Rahmen des Regelleistungsvolumens zu vergüten. Dementsprechend sei der Fallwert der Fachgruppe Internisten mit Schwerpunkt der Nephrologie im Vergleich der Quartale III/09 (mit Dialyse und Dialysesachkosten 30,89 Euro), IV/09 (mit Dialyse und Dialysesachkosten 29,75 Euro), I/10 (28,95 Euro) bis II/10 (30,02 Euro) mit dem Quartal III/10 mehr als verdoppelt und auf den Wert von 74,78 Euro angehoben worden. Ein einseitiges Abweichen ihrerseits vom Beschluss des Bewertungsausschusses sei nicht möglich. Unter weitgehender Wiederholung ihrer Ausführung im Ausgangsbescheid erläuterte sie ferner die Voraussetzungen für eine Sonderregelung. Ergänzend führte sie aus, ein besonderer Versorgungsauftrag ergebe sich auch nicht aus einer Genehmigung gem. Abschnitt II § 3 Abs. 3 der Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV. Zur Versorgung chronisch Nierenkranker würden Versorgungsaufträge für bestimmte Gruppe nierenkranker Patienten erteilt. Ärzte mit dem Schwerpunkt Nephrologie erhielten auf Antrag einen solchen Versorgungsauftrag. Der besondere Versorgungsauftrag im Sinne dieser

Regelung sei in § 3 Abs. 1 legal definiert und " umfasst eine alle Krankheitsstadien übergreifende und umfassende ärztliche Behandlung und Betreuung sowie eine den medizinischen Erfordernissen und den Möglichkeiten der Patienten angepasste Versorgungsorganisation und -steuerung". Folglich sei der besondere Versorgungsauftrag gem. Anlage 9.1. BMV-Ä/EKV auf die Art und Weise bzw. den Umfang der Leistungserbringung bezogen. Allein das Vorliegen einer Genehmigung nach Abschnitt II § 3 Anlage 9.1. BMV-Ä/EKV begründet daher keinen im Vergleich zur Fachgruppe atypisches Leistungsspektrum bzw. keine vergleichsweise hohe Abrechnungshäufigkeit bestimmter Leistungen. Hinsichtlich des gerügten Fristversäumnisses führte sie aus, dass die Zuweisung des Regelleistungsvolumens für das Quartal III/10 zeitlich hinreichend vor Beginn des Quartals erfolgt sei, so dass die Klägerin die Möglichkeit gehabt habe, ihre Tätigkeit daran auszurichten. Die Regelung des [§ 87b Abs. 5 S. 1 SGB V](#) stelle eine bloße Ordnungsvorschrift dar. In diesem Zusammenhang sei ferner zu beachten, dass der zitierte Beschluss des SG Marburg - [S 11 KA 604/10 ER](#) - im Rahmen eines einstweiligen Rechtsschutzverfahrens getroffen worden sei und damit eine vorläufige Regelung für die betroffenen Parteien darstelle, die darüber hinaus noch nicht rechtskräftig sei.

Hiergegen hat die Klägerin am 02.12.2011 zum Az.: [S 12 KA 889/11](#) die Klage erhoben.

In dem streitbefangenen Quartal setzte die Beklagte das Honorar der Klägerin durch Honorarbescheid wie folgt fest:

Quartal III/10

Honorarbescheid vom 28.12.2010

Anzahl der Praxen/Ärzte 14/32

Nettohonorar gesamt in EUR 114.315,04

Bruttohonorar PK + EK in EUR 112.373,88

Fallzahl PK + EK 1.463

Honoraranforderung PK + EK in EUR 210.395,19

Honoraranteile PK + EK

Regelleistungsvolumen in EUR 43.865,40

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen in EUR 1.380,40

Quotiertes Regelleistungsvolumen/Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina in EUR 9.067,41

Freie Leistungen in EUR 3.389,51

Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (MGV) 54.671,16

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (AMG)

QZV Überschreitung gesamt in EUR 501,07

Regelleistungsvolumen

Obergrenze in EUR 45.551,70

Angefordert in EUR 147.138,10

Überschreitung in EUR* 101.586,40

Regelleistungsvolumen

Dr. A4

Obergrenze in EUR 13.225,51

Angefordert in EUR 48.333,49

Überschreitung in EUR* 35.107,98

Dr. A3

Obergrenze in EUR 13.087,86

Angefordert in EUR 40.874,52

Überschreitung in EUR* 27.786,66

Dr. A2

Obergrenze in EUR 13.339,88

Angefordert in EUR 28.441,42

Überschreitung in EUR* 15.101,54

Frau A1

Obergrenze in EUR 5.898,45

Angefordert in EUR 29.488,67

Überschreitung in EUR* 23.590,22

Nach Korrektur im Bescheid v. 10.10.2011 5.898,45

Obergrenze in EUR 13.115,84

Überschreitung in EUR 16.087,00

Hiergegen legte die Klägerin am 17.03.2011 Widerspruch ein. Sie trug vor, der Honorarbescheid werde vollumfänglich zur Überprüfung gestellt. Sie wende sich aber insb. gegen die Einbeziehung der nephrologischen Leistungen des Kap. 13.3.6 EBM in das Regelleistungsvolumen und verwies auf ihre Ausführungen im Verfahren zur Festsetzung des Regelleistungsvolumens. Weiter führte sie aus, im Vergleich zum Vorjahresquartal habe sie eine Honorareinbuße von 70.000 EUR erlitten.

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 10.10.2011 aufgrund der Heraufsetzung des Fallwerts für Frau A1 eine Nachvergütung in Höhe von 6.348,69 EUR nach Abzug der Verwaltungskosten vor.

Mit weiterem Widerspruchbescheid vom 02.11.2011 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung verwies sie auf die einzelnen Abrechnungsdaten und bzgl. des Regelleistungsvolumens auf den Widerspruchsbescheid bzgl. einer Sonderregelung.

Hiergegen hat die Klägerin am 02.12.2011 zum Az.: [S 12 KA 888/11](#) die Klage erhoben.

Zur Begründung ihrer Klagen trägt die Klägerin vor, sie erbringe schwerpunktmäßig Dialyseleistungen. Ausgehend von steigenden

Fallzahlen habe sich ihr Honorar kontinuierlich verschlechtert und habe sich im streitbefangenen Quartal nochmals deutlich verschlechtert. Bei einer Honoraranforderung in Höhe von 210.395,19 Euro sei das Honorar lediglich auf 114.315,04 Euro festgesetzt worden, ca. 96.000 Euro weniger. Im Vorjahresquartal habe sie noch ein Honorar von 196.055,84 Euro erzielt. Im Rahmen ihrer besonderen Versorgungsaufträge Dialyse nach § 3 Abs. 3a der Anlage 9.1 zu den Bundesmantelverträgen seien sie verpflichtet, bis zu 200 Dialysepatienten mit Dialyse zu versorgen. Die Honorarverluste seien auf Grund der Umstellung der Mengensteuerung entstanden. Der Bewertungsausschuss sehe für diese Fälle den Ausgleich von Praxisbesonderheiten vor. Die Vergütung der nephrologischen Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens sei rechtswidrig. Die nephrologischen Leistungen, insbesondere die Betreuungsleistungen der Dialyse, seien nicht mengensteuerbar. Die Dialyse sei eine lebenserhaltende medizinische Behandlung. Werde ein Patient dialysepflichtig, so bedeute dies, dass er ohne die erforderliche Dialysebehandlung innerhalb kurzer Zeit an Nierenversagen versterbe. Dialysepatienten, die mit der Hämodialyse behandelt würden, müssten in der Regel 3-mal in der Woche für mindestens 4 Stunden sich dieser für sie erschöpfende Prozedur unterziehen. Für die Behandlung eines Dialysepatienten könne der Nephrologe die Grundpauschale gem. Ziffer 13591 bzw. 13592 EBM einmal im Behandlungsfall mit 695 bzw. 720 Punkten, multipliziert mit dem Orientierungspunktwert 3,5048 Cent entspreche dies 24,33 Euro bzw. 25,23 Euro, erbringen, daneben die Zusatzpauschale gem. Ziffer 13602, einmal im Behandlungsfall, 855 Punkte (29,97 Euro) und die Zusatzpauschale gem. Ziffer 13610, je Dialysebehandlung 420 Punkte (14,70 Euro). Ein Hämodialysepatient müsse i. d. R. 39-mal im Quartal mit Dialyse behandelt werden. Das bedeute, dass ein Dialysepatient pro Quartal allein ca. 628,00 Euro Honorar nach EBM abfordere. Deshalb hätten Dialysepraxen deutlich niedrigere Fallzahlen. Sie seien im Wesentlichen spezialisiert auf die Behandlung ihrer Dialysepatienten und der chronisch niereninsuffizienten Patienten, die noch nicht mit Dialyse behandelt würden, sowie der Patienten in der Transplantationsvor- und -nachsorge. Diese ärztlichen Leistungen würden neben der Grundpauschale der Nephrologen jeweils mit der Ziffer 13600 (Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten) und der Ziffer 13601 (Betreuung eines Nierentransplantatträgers) jeweils einmal im Quartal mit jeweils 590 Punkten (20,68 Euro) vergütet. Im streitgegenständlichen Quartal habe sie ca. 202 Dialysepatienten (inkl. Heimdialyse und Gastpatienten) betreut und insgesamt 724 Behandlungsfälle abgerechnet. Dialyseleistungen seien einer Mengensteuerung nicht zugänglich. Deshalb habe der Bewertungsausschuss für die Quartale II/05 bis IV/08 die Vergütung der nephrologischen Leistungen außerhalb des Regelleistungsvolumens angeordnet. Für die Quartale II/09 bis II/10 habe dies ebenfalls gegolten. Erst durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 in seiner 218. Sitzung seien unverständlicherweise ab dem Quartal III/10 sämtliche nephrologischen Leistungen erneut der Anwendung von Regelleistungsvolumina unterworfen worden. Dies habe bundesweit zu erheblichen Honorareinbrüchen bei den nephrologischen Praxen von teilweise bis zu 60 % geführt. Regelungen zur Mengenbegrenzung bei Nephrologen seien jedoch nicht geboten, weil sich der Leistungsbedarf der Dialysepatienten bereits aus dem weitgehend feststehenden Behandlungsbedarf chronisch niereninsuffizienter Patienten ergebe. Die Regelung in der Anlage 9.1 zu den Bundesmantelverträgen komme bereits einer Mengensteuerung gleich. Es sei eine bestimmte Anzahl von fachlich qualifizierten Ärzten zur Verfügung zu stellen, die Ärzte könnten nicht selbst steuern, wie viele Patienten sie mit wie vielen Ärzten betreuten. Der Beschluss des Bewertungsausschusses sei verfassungswidrig, soweit Dialyseleistungen dem System des Regelleistungsvolumens unterworfen würden. Das Bundessozialgericht habe in seinem Urteil vom 03.02.2010 bestätigt, dass im Dialysebereich die Gefahr einer Leistungsmengenausweitung geringer sei als in anderen ärztlichen Bereichen. Zumindest die nephrologischen Betreuungsleistungen der Dialyse nach Ziffer 13602, 13610, 13611 und 13612 seien nicht steuerbar. Die Beschlusslage des Bewertungsausschusses berücksichtige nicht die Empfehlungen des Gesetzgebers in den amtlichen Erläuterungen zu §§ 87a und 87b SGB V. Sachkosten unterlägen nicht der Mengensteuerung. Gleiches müsse für die ärztlichen Leistungen in der Dialyse gelten. Das GKV-Finanzierungsgesetz habe, nachdem die nichtärztlichen Dialyseleistungen budgetiert werden sollten, diese in § 87d Abs. 4 SGB V ausdrücklich ausgenommen. Dies müsse in gleicher Weise für die ärztlichen Dialyseleistungen gelten. Die drei größten Leistungserbringer im Bereich der Dialyseversorgung hätten für den Zeitraum 2004 bis 2009 dargelegt, dass die Patientenzahlen nahezu konstant geblieben seien und lediglich um ca. 1,9 bis 2,9 % jährlich angestiegen seien. Diese Zunahme entspreche der internationalen Inzidenz. Bei einer Vergütung außerhalb des Regelleistungsvolumens würde ihr Honorar für das streitbefangene Quartal ca. 147.138,00 Euro betragen. Bei den von der Beklagten vorgelegten Zahlen im Vergleich zur Fachgruppe dränge sich gerade auf, dass hier Honorarverwerfungen vorlägen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Umstellung der Mengensteuerungssystematik stünden, die so nicht gewollt sein könnten. Die Beklagte erkenne, dass der Bewertungsausschuss in den Beschluss vom 26.03.2010 unter Teil F.3.7 mit Wirkung ab dem Quartal III/10 den Vertragspartnern auf Landesebene die Möglichkeit habe geben wollen, für einzelne Praxen oder auch ganze Arztgruppen entstandene Verwerfungen, die ihre Ursache in der Umstellung der Mengensteuerungssystematik gehabt hätten, aufzufangen bzw. auszugleichen. Er stelle bei der Beurteilung der Frage, ob Praxisbesonderheiten vorlägen, allein auf das Vorliegen eines besonderen Versorgungsauftrages bzw. auf eine für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung ab. Ein Hinweis auf den Vergleich mit der Fachgruppe finde sich nicht mehr. Es komme gerade nicht auf einen Vergleich mit der Fachgruppe an. Entscheidend sei allein, ob ein besonderer Versorgungsauftrag bzw. eine für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung vorliege. Dies sei in der Dialyseversorgung zweifelsohne der Fall. Die Klägerin trägt weiter mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 08.08.2013 vor, die Beklagte habe in dreierlei Hinsicht ihren Gestaltungsspielraum nicht ordnungsgemäß genutzt. Sie habe bei der Bemessung der Regelleistungsvolumina für Nephrologen keine Differenzierung vorgenommen und im Rahmen bestehender Regelungen über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten ihr Ermessen fehlerhaft ausgeübt. Sie behandle damit Ungleiches gleich. Zu Unrecht habe die Beklagte ferner den Antrag auf Anerkennung einer Praxisbesonderheit im Bereich der Leistungen nach Nummer 13600 bis 13620 EBM und auf Gewährung eines Zuschlags auf den Fallwert abgelehnt. Der Ausgleichsindex 100 (AI 100) für das Quartal III/10 erfasse nur die sog. "freien Leistungen" und damit nicht die nephrologischen Leistungen. Sie habe daher keinen Ausgleich für erlittene Honorarverluste erhalten. Im Quartal IV/10 seien die Honorarverluste im Wege des Vergleichs mit der Leistungsmenge im Quartal IV/08 ausgeglichen worden, sie hätten eine Ausgleichszahlung in Höhe von 35.716,92 EUR erhalten. Daraus lasse sich schließen, dass Honorarverluste in Höhe von 50 % auch keinesfalls beabsichtigt gewesen seien. Eine vergleichbare Regelung müsse auch im Quartal III/10 gelten. Der Bewertungsausschuss habe in einem früheren Verfahren eingeräumt, dass bei nephrologischen Leistungen das Risiko einer Mengenausweitung nicht bestehe. Diese Aussage habe er bisher nicht revidiert. Die Wiedereinbeziehung der nephrologischen Leistungen in das System der Regelleistungsvolumina sei daher sachfremd. Dies habe auch zu Verwerfungen nicht nur innerhalb der Arztgruppe der Nephrologen, sondern auch im Verhältnis der Nephrologen zu anderen Arztgruppen geführt. Die Beklagte habe ab dem Quartal IV/10 eine Differenzierung in der Weise vorgenommen, dass sie die Dialysebetreuungsleistungen (Nr. 13602, 13610, 13611 und 13612 EBM) als "freie" Leistungen vergütet und die Fallwerte der Nephrologen entsprechend abgesenkt habe. Dies habe aber nur zu einer leichten Verbesserung der Honorierung geführt. Erst für das Quartal III/13 habe der Bewertungsausschuss die Empfehlung ausgesprochen, die nephrologischen Leistungen des Kap. 13.3.6 EBM extrabudgetär zu vergüten. Jedenfalls hätte die Beklagte die Empfehlung des Bewertungsausschusses umsetzen müssen. Die Problematik sei der Beklagten aufgrund der Verfahren für die Quartale bis 2008 hinreichend bekannt gewesen. Sie führten in ihrer Praxis LDL-Verfahren (Lipidapharesen - Nr. 13621, 13622 EBM) durch. Die hohen Sachkosten hierfür müssten bei den Honoraren herausgerechnet werden.

Die Klägerin beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 23.05.2011 in Gestalt des Widerspruchbescheides vom 02.11.2011 sowie den Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal III/10 vom 28.12.2010, abgeändert durch Bescheid vom 10.10.2011 und in Gestalt des Widerspruchbescheides vom 02.11.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klagen abzuweisen.

Sie ist weiterhin der Auffassung, im Honorarverteilungsvertrag würden die rechtlichen Vorgaben zutreffen und eine Sonderregelung komme bei sog. Kernleistungen nicht in Betracht. Sie habe ferner bereits im Widerspruchsbescheid zutreffend ausgeführt, dass die Genehmigung für Dialyseleistungen lediglich die Art und Weise bzw. den Umfang der Leistungserbringung, jedoch keine im Vergleich zur Fachgruppe atypisches Leistungsspektrum begründe. Das Bundessozialgericht habe dem Bewertungsausschuss bei der Eingruppierung der Arztgruppen in das RLV lediglich einen Gestaltungsspielraum eingeräumt, welcher den Bewertungsausschuss berechtige, aber nicht verpflichte, die Nephrologen von der Einbeziehung in das Regelleistungsvolumen freizustellen. Das Bundessozialgericht habe damit bereits entschieden, dass die Einbeziehung der Nephrologen in das Regelleistungsvolumen vom Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses gedeckt sei. Der Antrag auf Härtefallregelung sei in diesem Verfahren nicht anhängig. Die Fachgruppe der Nephrologen sei in drei Untergruppen gegliedert:

- Vfg 33-06: Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie ohne Dialyseleistungen und Dialyse-Sachkosten
- Vfg 33-16: Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie mit Dialyseleistungen, aber ohne Dialyse-Sachkosten
- Vfg 33-16: Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie mit Dialyseleistungen und Dialyse-Sachkosten. Für die RLV-Berechnung sei die Summe aller Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie relevant. Die differenzierte Angabe in der Anzahl- und Summenstatistik diene lediglich Plausibilitätszwecken. Die Beigeladene zu 2) habe im Einzelnen dargelegt, dass die Entscheidung des Bewertungsausschusses sachgerecht gewesen sei. Sie sei nicht verpflichtet gewesen, Modifikationen zu vereinbaren. Die Regelung ab dem Quartal IV/10 zeige, dass sie ihrem Beobachtungsspielraum nachgekommen sei. Die Sachkosten seien ein Teil des Honorars und nicht herauszurechnen.

Die Beigeladene zu 2) ist der Auffassung, die Frage, ob nephrologische Leistungen in die Regelleistungsvolumina einbezogen würden, unterfalle dem Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses. In den Quartalen I und II/09 hätten alle Arztgruppen einer Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumina unterlegen, ausgenommen lediglich die Arztgruppen, die ausschließlich aufgrund von Probenuntersuchungen tätig (Pathologie und Labormedizin) oder bei denen alle Leistungen extrabudgetär bezahlt werden würden (Strahlentherapeuten). Bei dem Regelleistungsvolumen unterliegenden Arztgruppen seien Leistungen aufgrund von Überweisungen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen, die entsprechend nicht vom Arzt selbst veranlasst und gesteuert werden könnten, von den Regelleistungsvolumina ausgenommen worden, darüber hinaus lediglich wenige spezifische Leistungen (sog. freie Leistungen). In den Quartalen III/09 bis II/10 wurden die nephrologischen Leistungen den sog. freien Leistungen zugeordnet. Der Bewertungsausschuss habe im Bereich der Nephrologen Verwerfungen festgestellt. Es habe sich gezeigt, dass die durchschnittliche Leistungsmenge je Fall sehr unterschiedlich gewesen sei, abhängig vom praxisspezifischen Anteil der Dialysepatienten. Ab dem Quartal III/10 wurden wieder alle Leistungen einer Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumina unterworfen, ausgenommen nur die Arztgruppen wie bereits in den Quartalen I und II/09. Ende des Jahres 2009 habe sich gezeigt, dass für die "freien" Leistungen mehr Finanzmittel hätten aufgebracht werden müssen, als dafür von der Gesetzlichen Krankenversicherung bereitgestellt worden seien. Dies sei insb. auf die Anreizwirkung der unquotierten Vergütung dieser Leistungen zurückzuführen. Er habe dafür aber die qualitätsgebundenen Zusatzvolumina eingeführt. Diese seien für Leistungen, die von drei bis maximal 50 % der Ärzte einer Fachgruppe erbracht werden, eingeräumt worden. Die nephrologischen Leistungen würden aber mehr als von 50 % der Ärzte der Fachgruppe erbracht werden, weshalb qualitätsgebundenen Zusatzvolumina nicht eingeräumt worden seien. Hinsichtlich der damit verbundenen Problematik habe der Bewertungsausschuss bei der schon bestehenden Möglichkeit, Arztgruppen zu differenzieren, die Nephrologen explizit aufgeführt. Damit sei den regionalen Gesamtvertragspartnern ein Hinweis für die Beobachtung des Sachverhalts gegeben und nahegelegt worden, der beschriebenen Problematik der unterschiedlichen RLV-Fallwerthöhen in Abhängigkeit von der Erbringung bzw. Nichterbringung von Blutreinigungsverfahren ggf. durch Bildung zweier Arztgruppen zu begegnen.

Der Beigeladene zu 1) hält die Ausführungen der Beigeladene zu 2) für zutreffend und führt ergänzend aus, die Einführung der qualitätsgebundenen Zusatzvolumina sei nach allgemeinen Kriterien erfolgt und daher sachgerecht. Für eine verbindliche Vorgabe zur Herausnahme der nephrologischen Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen fehle es an einer Rechtsgrundlage.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 24.09.2013 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)). Die Beigeladenen sind ordnungsgemäß geladen worden, haben aber an der mündlichen Verhandlung nicht teilgenommen.

Die Klagen sind zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist auch begründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 23.05.2011 in Gestalt des Widerspruchbescheides vom 02.11.2011 sowie der Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal III/10 vom 28.12.2010, abgeändert durch Bescheid vom 10.10.2011 und in Gestalt des Widerspruchbescheides vom 02.11.2011 sind rechtswidrig und werden aufgehoben. Die Beklagte hat die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Nach [§ 87a SGB V](#) in der durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WStG) v. 26.03.2007 ([BGBl. I 2007, S. 378](#)) eingeführten und bis 31.12.2011 geltenden Fassung gelten

abweichend von § 82 Abs. 2 Satz 2 und § 85 für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab 1. Januar 2009 die in Absatz 2 bis 6 getroffenen Regelungen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen ([§ 87a Abs. 1 SGB V](#)). Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf der Grundlage der Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres Punktwerte, die zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden sind ([§ 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Vertragspartner nach Satz 1 können dabei einen Zuschlag auf oder einen Abschlag von den Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 vereinbaren, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen ([§ 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V](#)). Dabei sind zwingend die Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 2f anzuwenden ([§ 87a Abs. 2 Satz 4 SGB V](#)). Der Zuschlag oder der Abschlag darf nicht nach Arztgruppen und nach Kassenarten differenziert werden und ist einheitlich auf alle Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 anzuwenden ([§ 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V](#)). Bei der Festlegung des Zu- oder Abschlags ist zu gewährleisten, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Aus den vereinbarten Punktwerten und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 ist eine regionale Gebührenordnung mit Europreisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen; in der Gebührenordnung sind dabei sowohl die Preise für den Regelfall als auch die Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung auszuweisen ([§ 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V](#)).

Abweichend von § 85 werden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 vergütet ([§ 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)).

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis sind arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen ([§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Ein Regelleistungsvolumen nach Satz 1 ist 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 enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist ([§ 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Abweichend von Absatz 1 Satz 1 ist die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden ([§ 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V](#)). Bei der Bestimmung des Zeitraums, für den ein Regelleistungsvolumen festgelegt wird, ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist ([§ 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V](#)). Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sind außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten ([§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#)). Weitere vertragsärztliche Leistungen können außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist ([§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#)).

Die Werte für die Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 sind morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen; bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach § 87 Abs. 2a zugrunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen ([§ 87b Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)).

Bei der Bestimmung des Regelleistungsvolumens nach Absatz 2 sind darüber hinaus insbesondere

1. die Summe der für einen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen,
2. zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a,
3. zu erwartende Zahlungen für die nach Absatz 2 Satz 3 abgestaffelt zu vergütenden und für die nach Absatz 2 Satz 6 und 7 außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergütenden Leistungsmengen,
4. Zahl und Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Ärzte zu berücksichtigen ([§ 87b Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)). Soweit dazu Veranlassung besteht, sind auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen ([§ 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V](#)). Zudem können auf der Grundlage der Zeitwerte nach § 87 Abs. 2 Satz 1 Kapazitätsgrenzen je Arbeitstag für das bei gesicherter Qualität zu erbringende Leistungsvolumen des Arztes oder der Arztpraxis festgelegt werden ([§ 87b Abs. 3 Satz 4 SGB V](#)). Anteile der Vergütungssumme nach Satz 2 Nr. 1 können für die Bildung von Rückstellungen zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, für Sicherstellungsaufgaben und zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten verwendet werden ([§ 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V](#)). Die Morbidität nach Satz 1 ist mit Hilfe der Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen ([§ 87b Abs. 3 Satz 6 SGB V](#)). Als Tätigkeitsumfang nach Satz 2 gilt der Umfang des Versorgungsauftrags, mit dem die der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Vertragsärzte zur Versorgung zugelassen sind, und der Umfang des Versorgungsauftrags, der für die angestellten Ärzte der jeweiligen Arztgruppe vom Zulassungsausschuss genehmigt worden ist ([§ 87b Abs. 3 Satz 7 SGB V](#)). Fehlschätzungen bei der Bestimmung des voraussichtlichen Umfangs der Leistungsmengen nach Satz 2 Nr. 3 sind zu berichtigen; die Vergütungsvereinbarungen nach § 87a Abs. 3 bleiben unberührt ([§ 87b Abs. 3 Satz 8 SGB V](#)).

Der Bewertungsausschuss bestimmt erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten ([§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Er bestimmt darüber hinaus ebenfalls erstmalig bis zum 31. August 2008 Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3, 6 und 7 sowie Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach Absatz 3 Satz 5 ([§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen stellen gemeinsam erstmalig bis zum 15. November 2008 und danach jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses nach den Sätzen 1 und 2 unter Verwendung der erforderlichen regionalen Daten die für die Zuweisung der Regelleistungsvolumina nach Absatz 5 konkret anzuwendende Berechnungsformel fest ([§ 87b Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)).

Die Zuweisung der Regelleistungsvolumina an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, sowie der jeweils geltenden regionalen Preise obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung; die Zuweisung erfolgt erstmals zum 30. November 2008 und in der Folge jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des Regelleistungsvolumens ([§ 87b Abs. 5 Satz 1 SGB V](#)). § 85 Abs. 4 Satz 9 gilt ([§ 87b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#)). Die nach § 85 Abs. 4 der Kassenärztlichen Vereinigung zugewiesenen Befugnisse, insbesondere zur Bestimmung von Abrechnungsfristen und -belegen sowie zur Verwendung von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand, bleiben unberührt ([§ 87b Abs. 5 Satz 3 SGB V](#)). Kann ein Regelleistungsvolumen nicht rechtzeitig vor Beginn des Geltungszeitraums zugewiesen werden, gilt das bisherige dem Arzt oder der

Arztpraxis zugewiesene Regelleistungsvolumen vorläufig fort ([§ 87b Abs. 5 Satz 4 SGB V](#)). Zahlungsansprüche aus einem zu einem späteren Zeitpunkt zugewiesenen höheren Regelleistungsvolumen sind rückwirkend zu erfüllen ([§ 87b Abs. 5 Satz 5 SGB V](#)).

Ausgehend von diesen gesetzlichen Vorgaben hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008 unter Teil F einen Beschluss gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V gefasst (DÄBl. 2008 (Heft 38), A-1988, zitiert nach www.kbv.de/8157.html, im Folgenden: EB7F). Diesen Beschluss hat er bzw. der Bewertungsausschuss in der Folgezeit mehrfach abgeändert und ergänzt. Für das hier streitgegenständliche Quartal hat er in seiner 218. Sitzung am 26.03.2010 mit Wirkung zum 01.07.2010 Teil F neu gefasst (im Folgenden: B218F). Nach Nr. 1.2.1 B218F kommen Regelleistungsvolumen für Ärzte der in Anlage 2 genannten Arztgruppen zur Anwendung. Nach Anlage 2 Nr. 4 B218F bilden Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie eine für das Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppe. Die Partner der Gesamtverträge können Modifikationen (z. B. Differenzierungen oder Zusammenfassungen) von relevanten Arztgruppen vereinbaren, insbesondere bei Arztgruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten der Leistungserbringung (zum Beispiel für Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie mit und ohne Erbringung von Blutreinigungsverfahren) (Anlage 2 Nr. 2 B218F).

Auf der Grundlage dieser Regelungen im SGB V und der Vorgaben des Bewertungsausschusses bzw. Erweiterten Bewertungsausschusses haben die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Verbände der Primärkassen sowie die Ersatzkassen einen Honorarvertrag vom 21.12.2009 für die Zeit ab 01.01.2010 geschlossen (veröffentlicht in info.doc Nr. 1, März 2010, Bekanntmachungen, S. 26 ff.), den sie mit der Ergänzungsvereinbarung zum Honorarvertrag 2010 vom 10.05.2010, der 1. Nachtragsvereinbarung zum Honorarvertrag 2010 vom 25.06.2010 und der 2. Nachtragsvereinbarung zum Honorarvertrag 2010 vom 13.09.2010 ergänzt bzw. geändert haben (im Folgenden: HVV 2010). Danach hat die Beklagte mit ihren Vertragspartnern von der Möglichkeit einer weiteren Untergliederung der Arztgruppe der Nephrologen keinen Gebrauch gemacht.

Unter Berücksichtigung der insofern eindeutigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist weder die Regelung des Bewertungsausschusses noch die Umsetzung durch die Beklagte mit ihren Vertragspartnern zu beanstanden. Das Bundessozialgericht hat bereits zu den Vorläuferregelungen ausgeführt, die Gestaltungsfreiheit des Bewertungsausschusses, für welche Arztgruppen er ein Regelleistungsvolumen vorsieht und für welche nicht, sei zwar durch das Gebot der Gleichbehandlung gemäß [Art. 3 Abs. 1 GG](#) begrenzt. Er dürfe nicht willkürlich einige Arztgruppen einbeziehen und andere unberücksichtigt lassen. Vielmehr seien Ungleichbehandlungen nur insoweit zulässig, als sie durch sachliche Gründe gerechtfertigt seien. Nach diesem Maßstab sei die Nichteinbeziehung der Nephrologen und der Dialyseleistungen unbedenklich; denn in diesem Leistungsbereich bestünden Besonderheiten, die den Bewertungsausschuss berechtigten - aber nicht verpflichteten -, die Nephrologen und die Dialyseleistungen von der Einbeziehung in Regelleistungsvolumina freizustellen. Die Besonderheiten ergäben sich aus verschiedenen Gesichtspunkten. So sei im Dialysebereich eine Leistungs- und Mengenausweitung zwar nicht ausgeschlossen, diese Gefahr sei aber geringer als in anderen ärztlichen Bereichen; bereits die Vorinstanz habe hierzu auf die Regelungen in §§ 4, 6 der Anlage 9.1 zum BMV-Ä und zum EKV-Ä über die Zuweisung von Versorgungsaufträgen verwiesen mit Vorgaben für die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung und für die Gewährleistung einer kontinuierlichen wirtschaftlichen Versorgungsstruktur. Auch könne die sachgerechte Bemessung von Regelleistungsvolumina schwierig sein, weil bei den im Dialysebereich abrechnenden Praxen und Gemeinschaftspraxen das Verhältnis zwischen dem Anteil an Dialyseleistungen- und demjenigen an anderen internistischen Leistungen sehr unterschiedlich sei und deshalb bei schematisierender Einbeziehung in vereinheitlichende Regelleistungsvolumina in erheblichem Umfang Stützungszahlungen erforderlich werden könnten. Ferner bestehe das Leistungsspektrum im EBM nur aus wenigen Leistungstatbeständen, die Einnahmen ergäben sich überwiegend aus (pauschalierten) Sachkostenerstattungen. Schließlich dürfe der Bewertungsausschuss auch prüfen, ob nephrologische Leistungen deshalb in höherem Maße förderungswürdig seien, weil die Dialyseversorgung in Deutschland noch immer nicht optimal ausgebaut sei, und dies ggf. berücksichtigen. Auch zusammengenommen seien diese Besonderheiten nicht von so großem Gewicht, dass der Bewertungsausschuss verpflichtet gewesen wäre, von einer Einbeziehung der Nephrologen und/oder der Dialyseleistungen in die Regelleistungsvolumina abzusehen. Vielmehr habe der Bewertungsausschuss insoweit Gestaltungsfreiheit (vgl. BSG, Urt. v. 03.02.2010 - [B 6 KA 31/08 R](#) - [BSGE 105, 236](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 53 = [GesR 2010, 493](#) = [MedR 2010, 884](#) = USK 2010-41, juris Rdnr. 27 - 29). Auch wenn die Beigeladene zu 2) in ihrer Stellungnahme für den Bewertungsausschuss letztlich einräumt, dass wenig Gründe für die Neuregelung sprächen, wenn sie darauf hinweist, angesichts der dem Bewertungsausschuss bekannten Problematik bei einer Einbeziehung der nephrologischen Leistungen in die Regelleistungsvolumina habe er bei der schon bestehenden Möglichkeit, Arztgruppen zu differenzieren, die Nephrologen explizit aufgeführt und damit den regionalen Gesamtvertragspartnern ein Hinweis für die Beobachtung des Sachverhalts gegeben und nahegelegt, der beschriebenen Problematik der unterschiedlichen RLV-Fallwerthöhen in Abhängigkeit von der Erbringung bzw. Nichterbringung von Blutreinigungsverfahren ggf. durch Bildung zweier Arztgruppen zu begegnen, ist dennoch am Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses festzuhalten. Gleiches gilt auch für die Umsetzung seitens der Beklagten mit ihren Gesamtvertragspartnern. Insofern weist die Beklagte zutreffend darauf hin, dass der Bewertungsausschuss gerade keine verbindliche Regelung für eine weitere Untergliederung der Arztgruppe der Nephrologen getroffen hat (vgl. auch SG Düsseldorf, Urt. v. 25.09.2013 - S 14 KA 261/11 -).

Auch der Gesetzgeber hat für nephrologische Leistungen keine zwingenden Ausnahmen von den Regelleistungsvolumina vorgesehen. [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) sieht nur vor, dass weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden können, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Nach den Gesetzesmaterialien zielte diese Regelung gerade auch auf Dialyseleistungen ab. Die Regelung sollte ermöglichen, die Förderung von Leistungen durch die besondere Bewertung im EBM durch die Nicht-Einbeziehung dieser Leistungen in die Regelleistungsvolumina fortwirken zu lassen. Der Bewertungsausschuss hatte festzulegen, für welche Leistungen eine solche Ausnahme sinnvoll sei. Dabei hat er die Regelungen insgesamt so festzulegen, dass die ausreichende Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen gewährleistet ist (vgl. [BT-Drs. 16/4247, S. 42](#)). Damit hatte es aber auch der Gesetzgeber dem Bewertungsausschuss überlassen, ob er die Dialyseleistungen in die Regelleistungsvolumina einbezieht oder nicht.

Letztlich kann die vom Bewertungsausschuss und der Beklagten vorgenommene Nichtunterscheidung innerhalb der Gruppe der Nephrologen hingenommen werden, soweit Ausnahmeregelungen im Einzelfall getroffen werden können. Zutreffend geht insofern die Beklagte davon aus, dass auf der Grundlage der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine Erhöhung des Regelleistungsvolumens aufgrund einer Spezialisierung nicht in Betracht kommt, da es sich bei den nephrologischen Leistungen um typische Leistungen der

Fachgruppe handelt, die von mehr als der Hälfte der Fachgruppe erbracht werden. Allerdings geht die Beklagte offensichtlich grob fehlerhaft im angefochtenen Ausgangsbescheid vom 23.05.2011 bei ihrer Prüfung nur von der Untergruppe VFG/VTG 33-16 aus, obwohl das Regelleistungsvolumen einheitlich für die gesamte Honorargruppe der Nephrologen gebildet wird. Im Ergebnis war dies dennoch nicht zu beanstanden, da die Kammer davon ausgeht, dass sämtlich geprüfte Leistungen auch bei Heranziehung der gesamten Honorargruppe von mehr als der Hälfte der Fachgruppe erbracht werden und es sich insofern um fachgruppentypische Leistungen handelt. Dies war auch in der mündlichen Verhandlung zwischen den Beteiligten unstrittig.

Die Beklagte erkennt aber, dass mit den Regelungen in §§ 4, 6 der Anlage 9.1 zum BMV-Ä und zum EKV-Ä ein besonderer Versorgungsauftrag vorliegt, aufgrund dessen das Regelleistungsvolumen zu erhöhen ist. Bereits das Bundessozialgericht hat, wie bereits zitiert, ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die sachgerechte Bemessung von Regelleistungsvolumina schwierig sein könne, weil bei den im Dialysebereich abrechnenden Praxen und Gemeinschaftspraxen das Verhältnis zwischen dem Anteil an Dialyseleistungen- und demjenigen an anderen internistischen Leistungen sehr unterschiedlich sei und deshalb bei schematisierender Einbeziehung in vereinheitlichende Regelleistungsvolumina in erheblichem Umfang Stützungszahlungen erforderlich werden könnten.

Nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses werden die Praxisbesonderheiten zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge (Nr. I.3.7 B218F). Entsprechend sieht der HVV 2010 aufgrund der 2. Nachtragsvereinbarung vor, dass der Vorstand der KV Hessen außerdem im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstufung in Ausnahmefällen und auf Antrag ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen Sonderregelungen beschließen kann. Dies gilt insbesondere für Praxisbesonderheiten, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 20 % vorliegt (RLV und QZV). Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen entscheidet hierüber im Einzelfall und informiert die Vertragsparteien (Abschnitt II.5.4 Satz 4-6 HVV 2010).

"Besonderer Versorgungsauftrag" ist hierbei von der "für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung" zu unterscheiden, die insbesondere durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts konkretisiert wurde und wesentlich auf die frühere Rechtsprechung zum "besonderen Versorgungsbedarf" als Voraussetzung für eine Erweiterung von Praxis- und Zusatzbudgets zurückgreift (vgl. BSG, Ur. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 66 = USK 2011-78, juris Rdnr. 21 ff.). Das Bundessozialgericht hat bereits seinerzeit ausdrücklich auf die Neuregelung in [§ 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) und Nr. 3.6 EB7F hingewiesen (vgl. BSG, Ur. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - a.a.O. Rdnr. 31).

Ein besonderer Versorgungsauftrag liegt abweichend von der oft synonym gebrauchten, aber dennoch zu unterscheidenden bloßen fachlichen Spezialisierung vor, weil der Dialysearzt zur "Übernahme des Versorgungsauftrags" einer besonderen Genehmigung bedarf (§§ 3, 4 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 9.1 zum BMV-Ä/EKV-Ä). Hierdurch wird ihm ein besonderer Versorgungsauftrag zugewiesen mit Vorgaben für die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung und für die Gewährleistung einer kontinuierlichen wirtschaftlichen Versorgungsstruktur (vgl. bereits BSG, Ur. v. 03.02.2010 - [B 6 KA 31/08 R](#) - a.a.O. Rdnr. 28). Bei der Genehmigung der Durchführung eines Versorgungsauftrags nach § 3 Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä handelt es sich zwar nicht um eine Statusentscheidung, kommt ihr aber doch sehr nahe (vgl. BSG, Ur. v. 17.10.2012 - [B 6 KA 42/11 R](#) - juris Rdnr. 25).

Die Beklagte hat aber von dem ihr eingeräumten Ermessen keinen Gebrauch gemacht, weil sie irrtümlich vom Nichtvorliegen der tatbestandlichen Voraussetzungen ausging. Bei der Ausübung des Ermessens muss die Beklagte berücksichtigen, in welchem Umfang die strittigen Dialyseleistungen bereits im Regelleistungsvolumen enthalten sind und in welchem Umfang die Klägerin bzw. ihre einzelnen Ärzte Mehrleistungen erbringen. Der Umfang dieser Mehrleistungen ist Grundlage der Sonderregelung. Insofern werden diese Leistungen faktisch den sog. freien Leistungen gleichgestellt. Soweit im Rahmen des Honorarverteilungsmaßstabs im streitbefangenen Quartal für die sog. freien Leistungen eine allgemeine Quotierung wie in den Vorläuferquartalen III/09 bis II/10 stattgefunden hat (vgl. hierzu SG Marburg, Ur. v. 18.04.2012 - [S 12 KA 780/10](#), 781/10, 158/11 -, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 27/12](#) -) kann diese Quote entsprechend auf das neu festzusetzende Regelleistungsvolumen im Rahmen einer allgemeinen Gleichbehandlung ebf. angewandt werden.

Nach allem war der Klage stattzugeben und die Beklagte zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu verurteilen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2014-06-24