

S 12 KA 208/13

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 208/13

Datum

04.02.2015

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 15/15

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Gerichtsbescheid

Leitsätze

1. Fachärzte für Humangenetik können Regelleistungsvolumina unterworfen werden (hier: Quartale II/10 und III/10).

2. Die Quotierung von Laborleistungen ist zulässig (hier: HVV der KV Hessen, Quartale II und III/10).

Bemerkung

verb. m. [S 12 KA 232/13](#)

1. Die Verfahren mit Az.: [S 12 KA 208/13](#) und [S 12 KA 232/13](#) werden unter dem führenden Az.: [S 12 KA 208/13](#) zur gemeinsamen Entscheidung verbunden.

2. Die Klage wird abgewiesen.

3. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

4. Der Streitwert wird auf 10.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um die Honorarbescheide für die beiden Quartale II und III/10 und hierbei insb. um die Einbeziehung der Fachärzte für Humangenetik in die Regelungen zum Regelleistungsvolumen und die Quotierung der Kosten und Kostenpauschalen der Kapitel 32 und 40 EBM für einen Laborarzt.

Die Klägerin ist ein seit dem 01.04.2010 bestehendes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) in der Rechtsform einer GmbH. In dem streitbefangenen Zeitraum waren im MVZ Frau Dr. C. und Herr Dr. D. als Fachärzte für Humangenetik und - bis zum 10.11.2010 - Herr Dr. E. als Facharzt für Laboratoriumsmedizin, jeweils mit einem Versorgungsauftrag von 100 %, beschäftigt.

In den Quartalen II/10 bis I/11 nahm die Beklagte jeweils mit Honorarbescheid folgende Festsetzungen vor, wobei sie für das Quartal I/11 eine Nachvergütung in Höhe von 13.665,77 EUR netto vornahm, da die Vorwegleistungspositionen "LSTG KAP 11.3 und 11.4" anstatt mit einer Quote von 40,939 % (brutto) bzw. 38,892 % (netto) nunmehr mit 100 % bzw. 95 % vergütet werden würden:

Quartal II/10 III/10 IV/10 I/11

Honorarbescheid vom 27.09.2010 28.12.2010 30.03.2011 29.11.2011 24.06.2011

Widerspruch eingelegt am 17.12.2010 18.03.2011 15.07.2011 13.12.2011

Nettohonorar gesamt in EUR 116.179,38 107.335,74 135.857,04 69.071,99 55.406,22

Bruttohonorar PK + EK in EUR 118.885,86 110.263,45 139.785,00 70.753,00 56.698,77

Honoraranforderung PK + EK 163.657,83 141.385,55 145.079,41 73.718,37

Fallzahl PK + EK 1.132 1.001 425 323

Honorar Regelleistungsvolumen in EUR 57.097,87 70.251,86 112.944,05 31.858,80

Honorar quotiertes Regelleistungsvolumen/QZV in EUR 4.608,21 2.671,39 0,00 0,00

Fallwertzuschläge zu Regelleistungsvolumen in EUR 0,00 0,00 - -

Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 26.342,65 17.983,46 5.963,48 10.323,31

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 30.837,13 19.356,74 20.877,47 14.516,66

RLV

Obergrenze 59.238,84 72.885,76 124.135,00 106.385,47
angefordert 101.842,30 102.530,16 117.190,45 33.188,32
Überschreitung 42.603,46 29.644,4 0,00 0,00
Frau Dr. C.
Arztfälle 770 383
Bruttohonorar PK + EK in EUR 62.059,92 29.824,31
Honoraranforderung PK + EK 84.897,44 30.990,32
RLV
Obergrenze 18.203,98 58.192,44 100.053,85 86.870,97
angefordert 39.814,01 12.384,65 0,00 0,00
Herr Dr. D.
Arztfälle 195 280 270 323
Bruttohonorar PK + EK in EUR 53.612,66 70.926,57 136.741,53 56.698,77
Honoraranforderung PK + EK 75.132,71 100.484,74 141.901,61 73.718,37
RLV
Obergrenze 41.034,86 14.693,32 22.160,62 19.514,50
angefordert 62.028,29 90.145,51 117.190,45 33.188,32
Herr Dr. Dr. E.
Arztfälle 167 367 162
Bruttohonorar PK + EK in EUR 3.213,28 9.512,57 3.043,47
Honoraranforderung PK + EK 3.650,68 9.910,49 3.177,80

Die Widersprüche gegen die Honorarbescheide begründete die Klägerin nicht.

Die Beklagte setzte das Regelleistungsvolumen für die streitbefangenen Quartale wie folgt fest:

Name RLV-Gruppe RLV-relevante Fallzahl Fallwert in EUR Fallwertabstaffelung Altersstrukturquote Aufschlag fachgleiche BAG RLV in EUR
II/10 - 26.04.2010
Frau Dr. C. 50 323,54 1,0000 1,0230 1,100 18.203,98
Herr Dr. D. 108 323,54 1,0000 1,0676 1,100 41.034,86
Gesamt 59.238,84
III/10 - 28.07.2010
Frau Dr. C. 464 118,42 0,9892 0,9733 1,100 58.192,44
Herr Dr. D. 111 118,42 1,0000 1,0162 1,100 14.693,32
Gesamt 72.885,76
IV/10 - 31.08.2010
Frau Dr. C. 637 144,83 0,9647 1,0220 1,100 100.053,85
Herr Dr. D. 122 144,83 1,0000 1,1187 1,100 21.743,26
Gesamt 121.797,11
I/11 - 30.11.2010
Frau Dr. C. 671 123,74 0,9676 0,9830 1,100 86.870,97
Herr Dr. D. 141 123,74 1,0000 1,0168 1,100 19.514,50
Gesamt 106.385,47

Die Beklagte wies die Widersprüche mit drei Widerspruchsbescheiden vom 13.03.2013, wobei sie die Verfahren bzgl. der Quartale IV/10 und I/11 verband, als unbegründet zurück. Hinsichtlich des Quartals II/10 führte die Beklagte zur Begründung aus, zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit habe der Gesetzgeber für die Vergütung der Ärzte arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina vorgegeben. Die das Regelleistungsvolumen überschreitende Honoraranforderung habe sie noch mit einer abgestaffelten Quote vergütet. Ferner erläuterte sie den Sicherstellungsindex 90. Die Anforderungen für Vorwegleistungen hätten in Quartal II/10 sowohl in der hausärztlichen, als auch in der fachärztlichen Versorgungsebene über den Rückstellungsbetrag gelegen. Daher sei eine quotierte Vergütung der angeforderten Leistungen erfolgt. Für das Quartal III/10 erläuterte sie ergänzend den Ausgleichsindex 100. Die Anforderungen für Vorwegleistungen hätten die Rückstellungen im Bereich der Laborpauschalen und Laborkosten gemäß Kapitel 32 EBM überschritten. Daher erfolge in diesen Bereichen eine quotierte Vergütung der angeforderten Leistungen, wobei der "Wirtschaftlichkeitsbonus" nach Nr. 32001 EBM von einer Quotierung ausgenommen werde. Dieses Vorgehen entspreche den Vorgaben des Bewertungsausschusses. Hinsichtlich der Quartale IV/10 und I/11 wies sie darauf hin, dass die Klägerin die Zuweisung zu den Regelleistungsvolumina nicht überschritten habe. Bzgl. des Regelleistungsvolumens fehle es somit an einer Beschwerde. Den Ausgleichsindex 100 erläuterte sie entsprechend dem Vorquartal.

Hiergegen hat die Klägerin am 11.04.2013 die Klage zum Az.: [S 12 KA 208/13](#) erhoben. Die Kammer hat mit Beschluss vom 12.04.2013 die Verfahren bzgl. der Quartale III/10 bis I/11 zunächst unter den Az.: S 12 KA 232 bis 234/13 abgetrennt. Die Klägerin hat mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 30.01.2015 die Klagen bzgl. der Quartale IV/10 (Az.: S 12 KA 233/13) und I/11 (Az.: S 12 KA 234/13) zurückgenommen.

Zur Begründung ihrer Klage trägt die Klägerin vor, sie habe von der Beklagten die Vergütungsquoten der anderen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen nicht erhalten. Sie gehe deshalb davon aus, dass in den streitgegenständlichen Quartalen die Vergütungsquoten der Humangenetiker bei den RLV-QZV-relevanten Leistungen deutlich unter den Vergütungsquoten der anderen Facharztgruppen lägen. Die Klage richte sich gegen die Höhe der den Honorarbescheiden jeweils zu Grunde gelegten Regelleistungsvolumina, die ihr für die bei ihr angestellten Ärzte für Humangenetik zugewiesen worden seien, sowie gegen die Vergütungsquote für die dem RLV unterliegenden Leistungen und weiter gegen die Quotierung der Kosten und Kostenpauschalen der Kapitel 32 und 40 EBM für den bei ihr angestellten Laborarzt. Die RLV-relevanten Leistungen seien – gemessen an den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung – insgesamt nur zu 58,17 %, 71,09 %, 96,38 % bzw. 83 % vergütet worden. Nach Auskunft der Beklagten

betrage die durchschnittliche Vergütungsquote der Fachärzte für Humangenetik 71,18 %, 47,54 %, 59,97 % bzw. 90,57 %. Auch in den Quartalen IV/10 und I/11 seien die RLV-relevanten Leistungen nur quotiert vergütet worden. Hieraus folge jedenfalls für die Quartale II bis IV/10, dass die medizinisch erforderlichen Leistungen nicht mehr innerhalb des Regelleistungsvolumens hätten erbracht werden können. Für die Laborleistungen werde ein Leistungstopf gebildet. Sie würden nur quotiert vergütet werden. Der Bewertungsausschuss sei nicht berechtigt gewesen, nicht nur einzelne, außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergütende Leistungen der Mengenbegrenzung in Form der Budgetierung zu unterwerfen, sondern eine ganze Arztgruppe aus dem System der Regelleistungsvolumina herauszunehmen und deren Leistungen insgesamt einer Quotierung zu unterziehen mit der Folge, dass für diese Arztgruppen nicht mehr die regional geltende Euro-Gebührenordnung als Grundlage der vertragsärztlichen Vergütung gelte, sondern ein floatender, erst retrospektiv feststehender Punktwert. Es hätte mindestens eine Regelung zur Garantie der Kalkulierbarkeit des Honorars geschaffen werden müssen. Einer Quotierung stehe auch entgegen, dass es sich um Kostenerstattungen und Kostenpauschalen handele. Im EBM seien ausdrücklich feste Euro-Beträge (Festpreise) vereinbart worden. Von einer Erhöhung des Orientierungspunktwerts bzw. regional vereinbarten Punktwerts profitierten die Laborärzte ebenso wenig wie von einer Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die zu einer höheren Vergütung der dem RLV unterliegenden Arztgruppen führe. Die Quotierung führe im Ergebnis zu einer sehr ungleichen Risikoverteilung zwischen den Laborärzten und den dem RLV unterliegenden Fachgruppen. Laborärzte erbrächten ausschließlich Auftragsleistungen und könnten ihre Leistungsmenge nicht wirksam steuern. Die Klägerin trägt weiter vor, die Vorgaben des Bewertungsausschusses seien insoweit rechtswidrig, als sie bei der Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens der Fachärzte für Humangenetik auf den Leistungsbedarf des Jahres 2008 abstellten. Bei dem Fachgebiet der Humangenetik handele es sich um ein Relativierungsfachgebiet, das als eigenes Fach erst 1992 eingeführt worden sei. Erst durch den EBM 2005 sei ein eigenes Kapitel für humangenetische Gebührenordnungspositionen eingeführt worden. Durch die Entwicklung der Humangenetik habe sich ein zusätzlicher Leistungsbedarf ergeben. Trotz der Einführung des Regelleistungsvolumens habe sich die Anzahl diagnostischer Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.3 im Jahr 2009 um 20,61 % erhöht. Die Anzahl der abgerechneten humangenetischen Grundpauschalen sei um 16,48 % angestiegen. Dies entspreche im Ergebnis dem Fallzahlzuwachs. Es gebe offensichtlich einen Nachholbedarf auf Grund des medizinisch-technischen Fortschritts. Sie weise darauf hin, dass molekulargenetische Analysen zum Teil andere diagnostische Maßnahmen überflüssig machten, was sie anhand verschiedener Beispiele erläutere. Eine Bestandskraft der Zuweisungsbescheide zum Regelleistungsvolumen sei nicht eingetreten, da der Widerspruch gegen die Honorarbescheide auch die Zuweisungsbescheide mitumfasse.

Die Klägerin beantragt,
die Honorarbescheide für die Quartale II und III/10, jeweils in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.03.2013 aufzuheben, und die Beklagte zu verpflichten, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, die Berechnung der praxisbezogenen Regelleistungsvolumina habe sie entsprechend den Vorgaben des Honorarverteilungsvertrags durchgeführt. Die Berechnung des jeweiligen Regelleistungsvolumens hätte die Klägerin durch Anfechtung der entsprechenden RLV-Zuweisungsbescheide angreifen müssen. Hierzu trage sie aber erstmal zum Klageverfahren vor. Die Zuweisungsbescheide seien nunmehr bestandskräftig. Dementsprechend könnten weder diese noch die Höhe der Regelleistungsvolumina in diesem Verfahren angegriffen werden. Sie sei an die Beschlüsse des Bewertungsausschusses gebunden. Es handele sich um untergesetzliche Normen, deren gerichtliche Prüfung nur eingeschränkt möglich sei.

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

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid nach [§ 105 SGG](#) entscheiden. Die Sache hat keine Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art, und der Sachverhalt ist geklärt. Die Kammer hat die Beteiligten hierzu mit Verfügung vom 16.01.2015 angehört.

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

Streitgegenstand sind auch die Regelleistungsvolumina als Bestandteil der Honorarbescheide, da die Klägerin die Honorarbescheide vor Eintritt der Bestandskraft der Zuweisungsbescheide zu den Regelleistungsvolumina angefochten hat. Die Klägerin hat ihre Widersprüche gegen die Honorarbescheide nicht begrenzt. Die Zuweisungsbescheide zu den Regelleistungsvolumina sind in der Form von Verwaltungsakten ergangen, da sie den Umfang der Regelleistungsvolumina und ab dem Quartal III/10 auch der QZV verbindlich festgesetzt haben. Die Zuweisungsbescheide waren aber nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen, so dass für ihre Anfechtbarkeit die Jahresfrist nach [§ 66 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) gilt. Die Widersprüche gegen die Honorarbescheide hat die Klägerin jedenfalls der hier noch streitigen Quartale II und III/10 jeweils weit vor Ablauf der Jahresfrist erhoben. Einer ausdrücklichen Benennung der Regelleistungsvolumina als Gegenstand der Widersprüche bedurfte es nicht. Aus der gesonderten Anfechtbarkeit der Zuweisungsbescheide zu den Regelleistungsvolumina folgt nur, dass ein Vertragsarzt, der die Zuweisung eines Regelleistungsvolumens hat bestandskräftig werden lassen, an diese Festsetzung gebunden ist und im nachfolgenden Honorarstreitverfahren nicht mehr deren Fehlerhaftigkeit geltend machen kann (BSG, Urt. v. 15.08.2012 - [B 6 KA 38/11 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr. 1 = [NZS 2013, 197](#) = [MedR 2013, 331](#) = USK 2012-56, juris Rdnr. 11). Ficht ein Vertragsarzt aber vor Eintritt der Bestandskraft der Zuweisungsbescheide zu den Regelleistungsvolumina die Honorarbescheide an, so werden inzident auch die Regelleistungsvolumina angefochten, da sie Bestandteil der Honorarbescheide bzw. Teilelemente der Feststellung über den Honoraranspruch sind.

Die Kammer musste die Beteiligten trotz ihres noch anderslautenden Hinweises zur Bestandskraft der Zuweisungsbescheide zu den Regelleistungsvolumina nicht erneut anhören, da sich im Ergebnis keine andere Rechtslage ergeben hat.

Die Klage ist aber unbegründet. Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale II und III/10, jeweils in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.03.2013, sind rechtmäßig. Sie waren daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Verpflichtung der Beklagten, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Nach § 87b Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch, 5. Buch, Gesetzliche Krankenversicherung i. d. F. des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz - GKV-WSG) mit Geltung ab 01.04.2007, [BGBl. I S. 378](#) (im Folgenden: SGB V) werden abweichend von § 85 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.

Nach [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) sind zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen (Satz 1). 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 (Satz 2). 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 (Satz 3). Bei der Bestimmung des Zeitraums, für den ein Regelleistungsvolumen festgelegt wird, ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist (Satz 4). Nach [§ 87b Abs. 3 SGB V](#) sind die Werte für die Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 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 (Satz 1). 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 (Satz 2). Soweit dazu Veranlassung besteht, sind auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen (Satz 3). Die Morbidität nach Satz 1 ist mit Hilfe der Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen (Satz 6). 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 (Satz 6). 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 (Satz 7).

Nach [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) bestimmt der Bewertungsausschuss 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 (Satz 1). 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 (Satz 2). 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 (Satz 3). Nach [§ 87b Abs. 5 SGB V](#) obliegt 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 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 (Satz 1). § 85 Abs. 4 Satz 9 gilt (Satz 2).

Ausgehend von diesen gesetzlichen Vorgaben hat der Erweiterte Bewertungsausschuss bzw. Bewertungsausschuss entsprechende Vorgaben gemacht, die die beklagte Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Verbände der Primärkassen sowie die Ersatzkassen in dem Honorarvertrag vom 21.12.2009 für die Zeit ab 01.01.2010 umgesetzt haben (veröffentlicht in info.doc Nr. 1, März 2010, Bekanntmachungen, S. 26 ff.; im Folgenden: HVV 2010). Mit der Ergänzungsvereinbarung zum Honorarvertrag 2010 wurde der Honorarvertrag 2010 für die Zeit vom 1. Juli 2010 bis 30. September 2010 für das Quartal III/10 geringfügig geändert (im Folgenden: HVV 2010/EV), mit der 1. Nachtragsvereinbarung zum Honorarvertrag 2010 erfolgten verschiedene Änderungen z. T. ab dem 01.01.2010 (im Folgenden: HVV 2010/NV1). Die 2. Nachtragsvereinbarung zum Honorarvertrag 2010 fasste dann Abschnitt II ab dem 01.07.2010 neu (im Folgenden: HVV 2010/NV2).

Damit unterlag die Klägerin mit ihren humangenetischen Leistungen in allen streitbefangenen Quartalen einem Regelleistungsvolumen.

Nach Abschnitt II. Nr. 1.1 Abs. 1 Satz 2 HVV 2010 wird zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit je Quartal eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben (Regelleistungsvolumen (RLV)), die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) enthaltenen Preisen zu vergüten ist. Nach Abschnitt II. Nr. 1.1 Abs. 3 Satz 1 und 2 HVV 2010 ergibt sich der abgestaffelte Preis für die das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungen aus der Multiplikation der im zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab ausgewiesenen Punktzahlen mit einem Punktwert, der quartalsweise je Versorgungsbereich aus dem gemäß Anlage 2, Nr. 2 zum Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 abgezogenen Vergütungsvolumen für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen und dem die Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungsbedarf des Versorgungsbereichs ermittelt wird. Der sich so ergebende Punktwert darf den festgelegten Orientierungswert in Höhe von 0,035048 EUR nicht überschreiten. Nach Abschnitt II. Nr. 1.2 HVV 2010 wird das Regelleistungsvolumen quartals- und arztbezogen ermittelt und erfolgt die Zuweisung der Regelleistungsvolumina praxisbezogen, wobei ein Aufschlag für Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ erfolgt. Nach Abschnitt II. Nr. 2.1 Satz 1 HVV 2010 kommen Regelleistungsvolumina für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur Anwendung. Nach Anlage 1 gilt dies auch für Fachärzte für Humangenetik. Das Regelleistungsvolumen wird nach Abschnitt II. Nr. 3.2.1 Satz 1 HVV 2010 aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal gebildet. Entsprechende Regelungen enthalten auch die nachfolgenden Vereinbarungen.

Ausgehend von diesen Regelungen hat die Beklagte die entsprechenden Regelleistungsvolumina der Honorarverteilung zugrunde gelegt, was von der Klägerin auch nicht bestritten wird.

Die Einbeziehung humangenetischer Leistungen in ein Regelleistungsvolumen ist nicht zu beanstanden. Die Einbeziehung im HVV beruht auf den Vorgaben des Bewertungsausschusses. Im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009 zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V zu Teil F mit Wirkung zum 1. Januar 2010 war bereits in der Anlage 1 (Nr. 4) zum Beschluss die Einbeziehung der Fachärzte für Humangenetik vorgesehen. Daran hat der Bewertungsausschuss im Beschluss in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit Wirkung zum 1. Juli 2010, Anlage 2 (Nr. 4) zu Teil F, festgehalten. Dies ist im Hinblick auf den Entscheidungsspielraum des Bewertungsausschusses als Normgeber (vgl. BSG, Urt. v. 12.12.2012 - [B 6 KA 3/12 R](#) - SozR 4-2500 § 75 Nr. 13 = KHE 2012/126 = [ZMGR 2013, 187](#) = USK 2012-126, juris Rdnr. 29 m.w.N.) nicht zu beanstanden (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 23.11.2011 - [S 11 KA 414/10](#) - juris, wenn auch hierzu nicht ausdrücklich Ausführungen gemacht wurden; für Quartale im Jahr 2007 SG Dresden, Urt. v. 18.11.2010 - [S 18 KA 526/08](#) - juris). Von daher ist auch nicht zu beanstanden, dass die Berechnung der Regelleistungsvolumina auf den Abrechnungswerten des Jahres 2007 multipliziert mit einem Faktor für den EBM 2008 bzw. ab dem Quartal III/10 auf der Grundlage des Leistungsbedarfs im Jahre 2008 unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren beruht. Dies gilt für alle Arztgruppen. Auch bedarf es einer hinreichend verlässlichen, auf abgeschlossenen Abrechnungen beruhenden Datenbasis. Honorarkontingente für die einzelnen Arztgruppen sind nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts grundsätzlich rechtmäßig. Die sachliche Rechtfertigung für die Bildung von Honorartöpfen folgt aus dem Bestreben, dass die Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw. Leistungsbereichen gleichmäßig auswirken und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern. Dadurch werden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihre vertragsärztlichen Einnahmen sicherer kalkulieren können. Der Zuordnung zu einem Honorarkontingent steht nicht entgegen, dass Leistungen betroffen sind, die überweisungsgebunden sind. Ein Honorartopf kann auch Leistungen erfassen, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind. Die Zuordnung zu einem Honorarkontingent wird auch nicht ohne Weiteres dadurch rechtswidrig, dass die Leistungsmengen erkennbar durch andere Ärzte und deren Überweisungsaufträge - im Gefolge medizinisch-technischer Fortschritte mit der Entwicklung aussagekräftigerer und schonenderer Diagnose- und Behandlungsverfahren - ausgeweitet werden und dadurch ein Punktwertverfall eintritt. Bei der Bildung von Honorarkontingenten kann grundsätzlich an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - SozR 4-2500 § 72 Nr. 2 = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breith 2005, 817, juris Rdnr. 63 m.w.N.). Im Übrigen zeigen die Regelungen, dass der Bewertungsausschuss um Aktualisierung des Aufsatzzeitraums bemüht ist, wobei davon auszugehen ist, dass im Hinblick auf die Steuerungsfunktion von Leistungsbeschränkungen gerade an frühere Zeiträume bzw. Quartale angeknüpft werden kann. Zu berücksichtigen ist ferner, dass Besonderheiten einer humangenetischen Praxis im Rahmen einer Sonderregelung zu den Regelleistungsvolumina berücksichtigt werden können. Die Klägerin hat hierzu weder vorgetragen noch hat sie einen Antrag bei der Beklagten gestellt.

Nach Abschnitt II. Nr. 3.4 Abs. 2 HVV 2010 bzw. den entsprechenden Vorschriften der Folgevereinbarungen kann bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens je Arzt auf Beschluss des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in begründeten Ausnahmefällen (Urlaub, Krankheit etc.) anstelle des entsprechenden Vergleichsquartals des Vorjahres ein anderes Quartal als Referenzquartal zugrunde gelegt werden. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen kann außerdem im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstaffelung in Ausnahmefällen und auf Antrag ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen Sonderregelungen beschließen. 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 30 % vorliegt. Bei der Festsetzung der Praxisbesonderheiten ist die Verrechnung mit Unterschreitungen des durchschnittlichen Fallwertes einer Arztgruppe bei anderen Ärzten derselben Praxis möglich.

Soweit Nr. 3.4 HVV den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Einzelfall zur Entscheidung über eine Ausnahmeregelung ermächtigt, ist dies nicht zu beanstanden (vgl. bereits für den HVV 2009 SG Marburg, Urt. v. 16.11.2011 - [S 12 KA 614/10](#) - juris Rdnr. 37, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Urt. v. 28.11.2012 - [L 4 KA 73/11](#) - juris). Der Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung kann zu konkretisierenden Regelungen und Einzelfallentscheidungen, insbesondere zur Beurteilung der Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen, ermächtigt werden (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - juris Rdnr. 18; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - juris Rdnr. 14, jeweils m.w.N.).

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts genügt es zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die Überschreitung des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens muss darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht werden. Dabei wird es sich typischerweise um arztgruppenübergreifend erbrachte spezielle Leistungen handeln, die eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern. Deutliches Indiz für einen solchen speziellen Leistungsbereich ist die entsprechende Ausweisung dieser Leistungen im EBM. Mit dem Regelleistungsvolumen soll nicht ein eingeschränktes, sondern ein umfassendes Leistungsprofil abgebildet werden. Es würde dem Konzept des Regelleistungsvolumens mit seiner Anknüpfung an fachgruppenbezogene Durchschnittswerte, die alle fachgruppentypischen Leistungen abbilden, widersprechen, wenn ein Teil der Fachgruppe ausschließlich die niedriger bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet, während ein anderer Teil ausschließlich die hoch bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet und dafür eine individuelle Erhöhung des Regelleistungsvolumens erhalten würde (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - juris Rdnr. 21 f.; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - a.a.O. Rdnr. 17 f., jeweils m.w.N.). Diese zu den Praxisbudgets und den in den Quartalen II/05 bis IV/08 geltenden Regelleistungsvolumina entwickelte Rechtsprechung ist auch auf das ab dem Quartal I/09 geltende Regelwerk anzuwenden (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - a.a.O. Rdnr. 31; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - a.a.O. Rdnr. 22). Die Klägerin hat hierzu nichts vorgetragen. Gründe für eine Erweiterung der Regelleistungsvolumina sind auch nicht ersichtlich.

Soweit die Klägerin sich weiter gegen die Vergütung der Laborleistungen wendet, vermochte die Kammer eine Rechtswidrigkeit nicht zu erkennen.

Die Kammer hat bereits mit Urteil vom 18.04.2012 - [S 12 KA 780/10](#) - (Berufung anhängig beim LSG Hessen - [L 4 KA 27/12](#) -) die Steuerungsmaßnahmen bzw. Quotierung für die sog. Vorwegleistungen für die Quartale III/09 bis II/10 auch in Bezug auf die Einbeziehung von Laborärzten nicht beanstandet. Die Kammer hat ferner mit Gerichtsbescheid vom 02.07.2014 - [S 12 KA 284/13](#) - entschieden, dass eine Quotierung strahlentherapeutischer Leistungen im Quartal II/11 zulässig war (Berufung anhängig beim LSG Hessen - [L 4 KA 55 bis 58/14](#) -). Ferner ist auf BSG, Urt. v. 17.07.2013 - [B 6 KA 45/12 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr. 4 = [NZS 2014, 35](#) = [MedR 2014, 435](#) = [ZMGR 2014, 109](#) =

USK 2013-30, juris hinzuweisen, wonach kein Anspruch besteht, dass diejenigen Leistungen, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, aber außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, von jeder Mengensteuerung freigestellt werden.

Gleiches gilt auch für das Quartal III/10. Nach Abschnitt II Nr. 2.5.1 Abs. 1 HVV 2010/NV2 (sog. Ausgleichsindex 100) werden u. a. die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin bei Probeneinsendungen (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM (mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 32001) aus dem Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 18. zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 (218. Sitzung) vergütet. Für die Honorierung der vorstehend genannten Leistungen steht deren im Vorjahresquartal anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035048 EUR sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. Nr. I.3 multiplizierter Leistungsbedarf in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche.

Wenn auch grundsätzlich der Bewertungsausschuss selbst nach [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina zu regeln hat, so ist es noch zulässig, Detailregelungen an die Gesamtvertragsparteien zu delegieren (s. bereits SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 - [S 11 KA 189/10](#) - juris Rdnr. 119 f.; SG Marburg, Urt. v. 16.11.2011 - [S 12 KA 919/10](#) - juris Rdnr. 46). Im Hinblick auf möglicherweise unterschiedliche Auswirkungen der Vergütungen für die sog. Vorwegleistungen können regionale Besonderheiten berücksichtigt werden.

Steuerungsmaßnahmen für die sog. Vorwegleistungen werden gesetzlich nicht ausgeschlossen. Lediglich für Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens ist eine Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung vorgeschrieben ([§ 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Nach [§ 87b Abs. 1 Satz 7 SGB V](#) können auch Leistungen vom Regelleistungsvolumen ausgenommen werden. Soweit aber Leistungen vom Regelleistungsvolumen ausgenommen werden können, bedeutet dies nicht, dass das Gesetz Steuerungsmaßnahmen neben der Geltung von Regelleistungsvolumina ausgeschlossen hätte.

Bei der Ausgestaltung des Honorarverteilungsvertrags haben die Vertragspartner einen Gestaltungsspielraum. Diese Gestaltungsfreiheit geht typischerweise mit Rechtssetzungsakten einher und wird erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn die jeweilige Gestaltung in Anbetracht des Zwecks der konkreten Ermächtigung unverhältnismäßig oder unverhältnismäßig ist (vgl. BSG, Urt. v. 03.02.2010 - [B 6 KA 1/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 50 = [MedR 2010, 809](#) = USK 2010-53, juris Rdnr. 22 m.w.N.).

Die von der Beklagten im Honorarverteilungsvertrag gewählte Steuerungsmaßnahme ist nicht zu beanstanden. Sachlich handelt es sich um die Bildung einer Honorargruppe, für die ein bestimmtes, auf dem Vorjahresquartal bzw. Vorvorjahresquartal beruhendes Honorarvolumen zur Verfügung gestellt wird. Reicht das zur Verfügung gestellte Honorarvolumen nicht aus, erfolgt nur eine entsprechend quotierte Vergütung.

Solche sog. Honorartöpfe sind bisher von der Rechtsprechung als zulässig angesehen worden (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.1996 - [6 RKa 68/94](#) - SozR 3-2500 § 85 Nr. 11 = [BSGE 77, 288](#) = USK 9686 = [NZS 1996, 636](#) = [MedR 1997, 40](#) = [NJW 1997, 822](#), juris Rdnr. 18 ff.; BSG, Urt. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 51/97 R](#) - USK 99101, juris Rdnr. 14 m.w.N.). Dies gilt auch für die geänderte Rechtslage ab dem Jahr 2009, soweit nicht eine Vergütung innerhalb der Regelleistungsvolumina erfolgt. Durch die in den vorangegangenen Quartalen I und II/09 bestehende Vergütungssystematik, die im Grundsatz in den hier streitbefangenen Quartalen fortbestand, bestand bei einer Leistungsdynamik der sog. Vorwegleistungen die Gefahr einer sich verringernenden Vergütung für die Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina, die ihrerseits zudem durch die Regelleistungsvolumina bereits einer strengen Mengensteuerung unterlagen. Soweit Arztgruppen nicht die Möglichkeit offen stand, evtl. vermehrt sog. Vorwegleistungen zu erbringen, bestand bei sinkenden Regelleistungsvolumina auch keine Ausgleichsmöglichkeit. Eine Quotierung der sog. Vorwegleistungen kommt nicht nur dann in Frage, wie bereits ausgeführt, wenn eine Mengenausweitung dieser Leistungen selbst unmittelbar nachzuweisen ist. Honorartöpfe dienen insofern nicht nur einer Mengensteuerung, sondern auch der Stabilisierung des Werts der Leistungen bzw. begrenzen das Risiko der Mengendynamik auf einen Teil der Ärzteschaft.

Feste Honorarkontingente bzw. sog. Honorartöpfe können auch für Laborärzte gebildet werden. Diese Möglichkeit besteht ungeachtet des Umstandes, dass Laborärzte nur auf Überweisung tätig werden, und die Menge der von dieser Arztgruppe erbrachten Leistungen vorwiegend vom Überweisungsverhalten der anderen Vertragsärzte abhängig ist. In gleicher Weise zulässig ist die Bildung von festen Honorarkontingenten für bestimmte Leistungen, auch soweit diese von verschiedenen Arztgruppen erbracht werden; auch von derartigen leistungsbezogenen Töpfen können Leistungen erfasst werden, die nur auf Überweisung erbracht werden dürfen. Schließlich sind auch Mischsysteme mit Honorartöpfen sowohl für bestimmte Leistungsbereiche als auch für bestimmte Arztgruppen zulässig (vgl. BSG, Urt. v. 11.10.2006 - [B 6 KA 46/05](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 13](#) = [BSGE 97, 170](#) = Breith 2007, 725 = USK 2006-108, juris Rdnr. 50 ff. m.w.N.). Insoweit geht es vorliegend auch nicht allein um eine Mengensteuerung, sondern es soll vor allem verhindert werden, dass der Honoraranteil für nicht budgetierte Leistungsbereiche zu Lasten des Honoraranteils für durch die Regelleistungsvolumina budgetierte Leistungsbereiche vergrößert wird.

Im Ergebnis war die Klage daher abzuweisen.

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

Die Streitwertfestsetzung erfolgte durch Beschluss des Vorsitzenden.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)). Der Streitwert für eine Klage auf höheres Honorar ist pro Quartal auf den Regelstreitwert festzusetzen, soweit keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine konkrete Abschätzung des wirtschaftlichen Werts des Begehrens ersichtlich sind (vgl. BSG, Beschl. v. 28.01.2009 - [B 6 KA 66/07 B](#) - juris), was vorliegend der Fall ist. Für zwei Quartale ergab dies den festgesetzten Wert.

Rechtskraft

Aus

Login
HES
Saved
2016-03-11