

S 11 KA 615/11, S 11 KA 620/11, S 11 KA 621/11

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 11 KA 615/11, S 11 KA 620/11, S 11 KA 621/11
Datum
15.05.2013
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 37/13
Datum
28.09.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Kläger tragen die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Honorarbescheide für die Quartale IV/09 bis II/10. Die klagende BAG besteht aus zwei Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie. Herr Dr. A. ist seit dem 01.05.2006 vertragsärztlich niedergelassen, Herr Dr. C. seit dem 01.04.2007. Die BAG besteht seit dem 01.07.2007. Seit dem 01.07.2008 ist Herr Dr. E. E., fachärztlich tätiger Internist, als angestellter Arzt in der BAG tätig. Die Kläger legten jeweils Widerspruch ein gegen die Zuweisungsbescheide für die RLV (RLV) für die Quartale IV/09 bis II/10, gegen die Honorarbescheide für diese Quartale sowie gegen die Bescheide zu einem Antrag auf Sonderregelung im Rahmen der RLV, ebenfalls für diese Quartale.

Die Beklagte wies die Anträge auf Änderung der RLV gemäß Abschnitt II HV 2009/2010 mit Bescheid vom 11.02.2011 zurück. Da in den streitgegenständlichen Quartalen das jeweilige praxisbezogene RLV unterschritten worden sei, läge eine Beschwerde nicht vor. Gegen diesen Bescheid richtet sich der Widerspruch der Kläger vom 19.04.2011.

Ihre Widersprüche gegen die Honorarbescheide für die Quartale IV/09 bis II/10 vom 08.06.2010, 05.10.2010 und 30.11.2010 begründeten die Kläger wie folgt: Der Widerspruch wende sich in erster Linie gegen die Kürzungen der Honorare für die nephrologischen Betreuungsleistungen, die in Kapitel 13.3.6 EBM zusammengefasst seien. Durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.04.2009 seien die Leistungen gemäß Kapitel 13.3.6 EBM mit Wirkung zum 01.07.2009 aus den für die Fachgruppe der Ärzte für Innere Medizin mit Versorgungsschwerpunkt Nephrologie gebildeten RLV herausgenommen worden. Dies sei vor dem Hintergrund der Einsicht geschehen, dass es sich bei diesen nephrologischen Leistungen nicht um solche handele, die einer Mengensteuerung unterzogen werden könnten. Da aber die Budgetierung ärztlicher Leistungen auf der Rechtsgrundlage von [§ 87b SGB V](#) nicht allein der Mengensteuerung dienen dürfe, sei die ursprüngliche Einbeziehung dieser Leistungen in die RLV rechtmäßig gewesen. Die nephrologischen Leistungen würden sich jedweder Mengensteuerung entziehen, weil die hierdurch behandelten Krankheitsbilder stets eindeutig und sofort behandlungsbedürftig seien. Die Betreuung nierenkranker Patienten könne mithin schon aus Sicherstellungsgründen nicht verschoben werden, um eine ausgewogene Honorarverteilung zu ermöglichen. Würde man von den Nephrologen verlangen, dass sie ein solches, in anderen Fachbereichen für möglich gehaltenes Steuerungsinstrument einsetzten, würde dies in letzter Konsequenz zu einer Rationierung einer lebenserhaltenden Therapieleistung führen, die dem im öffentlichen Gesundheitssystem immer noch geltenden Prinzip der Vollversorgung widersprechen würde. Der insoweit bei den Nephrologen eintretende Honorarverlust könne auch nicht im Regelfall durch andere honorarfähige Leistungen kompensiert werden. Die nephrologische Betreuungstätigkeit sei hoch spezialisiert. Die Fachgruppe werde in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ausschließlich nephrologisch tätig mit der Folge, dass auch in der Gesamtschau der Honorareinnahmen die Quersubventionierung mit anderweitigen Honoraren für ärztliche Leistungen ausgeschlossen sei. Vor diesem Hintergrund sei bereits die Einbindung der nephrologischen Betreuungsleistungen in die RLV ein unverhältnismäßiger, für den Gesetzeszweck unbrauchbarer und rechtswidriger Eingriff. Nichts anderes gelte, wenn diese nephrologischen Leistungen nunmehr einer anderen Budgetierung unterworfen würden, die im Ergebnis dieselben, möglicherweise sogar höheren Honorarverluste im Vergleich zur früheren rechtswidrigen Honorarverteilung verursache. Die Begründung für die jetzt vorgenommene Budgetierung habe sich insoweit geändert, als hierdurch eine Stützung der Fallwerte für die RLV erreicht werden solle. Es sei aber nicht einsehbar, dass allein durch die Änderung des Budgetierungsgrundes eine bisher rechtswidrige Honorarbegrenzung rechtmäßig werden solle. Der Unterschied liege allein im Motiv der Kürzung, sei aber nicht geeignet, die sachliche, von elementaren Sicherstellungsmerkmalen getragene Begründung zu entkräften. Folglich gehe man davon aus, dass die aus den RLV

herausgenommenen nephrologischen Leistungen ungekürzt mit festen Orientierungspunktwerten zu vergüten seien.

Die Beklagte verband die Widerspruchsverfahren gegen die Honorarbescheide mit denen gegen die RLV-Zuweisungsbescheide sowie die Antragsverfahren und wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 06.07.2011 gesammelt zurück. Zur Begründung führte sie aus, dass die angegriffenen Bescheide auf der Grundlage wirksamer Regelungen in Form des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses, des Honorarvertrages 2009/2010 (HV) sowie des einheitlichen Bewertungsmaßstabes ergangen seien. Gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) verteile die Beklagte die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung für die vertragsärztliche Versorgung bezahlte Gesamtvergütung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung ([§ 73 SGB V](#)) an die Vertragsärzte. Sie wende dabei den von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsamen und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an. Grundlage dieser Honorarverteilung durch die Beklagte sei seit dem 01.01.2010 der EBM, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen entsprechend [§ 87 SGB V](#) durch den gemeinsam besetzten Erweiterten Bewertungsausschuss vereinbart worden sei. Der vereinbarte EBM sei als Bestandteil der Bundesmantelverträge sowohl für die Ärzte als auch für die Beklagte verbindlich, [§§ 81 Abs. 3 Nr. 1 i. V. m. 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), § 3 Abs. 4 der Satzung der Beklagten. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit gebe der Gesetzgeber für die Vergütung der Ärzte arzt- und praxisbezogene RLV in [§ 87b SGB V](#) vor. Auf der Basis dieser Vorgaben habe der Erweiterte Bewertungsausschuss Beschlüsse zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung für die Jahre 2009 und 2010 gefasst. Mit dem HV habe die Beklagte mit den Verbänden der Krankenkassen diese Vorgaben gemäß [§ 87b SGB V](#) umgesetzt. Da zum Zeitpunkt der Zuweisungen des RLV für das Quartal IV/09 die in der klägerischen Praxis erfolgte Strukturänderung in Gestalt der Anstellung von Herrn Dr. E. noch nicht berücksichtigt gewesen sei, erfolge für dieses Quartal eine Korrektur der RLV, welche den Klägern mit Bescheid vom 29.12.2009 auch zugesandt worden sei. Darin würden die praxisbezogenen RLV wie folgt zugewiesen:

Es folgt eine Tabelle, die aus technischen Gründen nicht dargestellt werden kann.

Name RLV-Gruppe Quartal RLV-relevante Fallzahl Fallwert Fallwertab-staffelung Altersstrukturquote Aufschlag für BAG RLV A., A. Internisten mit SP Nephrologie (m. Dialyse u. Dialysesachkosten) IV/09* 81 29,75 EUR 1,0000 1,0093 1,1 2.675,38 EUR C., C. Internisten mit SP Nephrologie (m. Dialyse u. Dialysesachkosten) 75 29,75 EUR 1,0000 1,0045 1,1 2.465,42 EUR E., E. Internisten mit SP Nephrologie (m. Dialyse u. Dialysesachkosten) 110 29,75 EUR 1,0000 1,0000 1,1 3.599,75 EUR A., A. Internisten mit SP Nephrologie I/10 116 28,25 EUR 1,0000 0,9992 1,1 3.601,82 EUR C., C. Internisten mit SP Nephrologie 69 28,25 EUR 1,0000 0,9964 1,1 2.136,46 EUR

E., E. Internisten mit SP Nephrologie 229 28,25 EUR 1,0000 1,0000 1,1 7.116,18 EUR A., A. Internisten mit SP Nephrologie (m. Dialyse u. Dialysesachkosten) II/10 132 30,02 EUR 1,0000 0,9999 1,1 4.358,47 EUR C., C. Internisten mit SP Nephrologie (m. Dialyse u. Dialysesachkosten) 55 30,02 EUR 1,0000 0,9985 1,1 1.813,49 EUR E., E. Internisten mit SP Nephrologie (m. Dialyse u. Dialysesachkosten) 207 30,02 EUR 1,0000 1,0000 1,1 6.835,55 EUR

* Darstellung der Werte aus korrigiertem Zuweisungsbescheid

Tabellen-Ende.

Die Bescheide seien formell rechtmäßig. Sie seien ausreichend begründet und genügten mithin den Anforderungen des [§ 35 Abs. 1 Sozialgesetzbuch X \(SGB X\)](#). Nach [§ 35 Abs. 1 S. 1 SGB X](#) sei ein schriftlicher Verwaltungsakt zu begründen. Die Vorschrift verlange dabei jedoch nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Vielmehr ergäbe sich aus Abs. 1 Satz 2, dass in der Begründung die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen seien, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen hätten. Das Bundessozialgericht stelle hierzu in seinen Urteilen vom 09.12.2004 (u. a. Az.: [B 6 KA 44/03 R](#)) fest, es reiche aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben würden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen könne. Wie das BSG in seinen o. g. Entscheidungen vom 09.12.2004 weiter ausführe, dürften die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden. Vielmehr komme dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richteten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut sei bzw. zu dessen Pflichten es gehöre, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen. Dies erlaube es den KV'en, auch hinsichtlich der Honorarberechnung entsprechende Kenntnisse, welche von ihnen regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet werden, vorauszusetzen und die Begründung ihrer Abrechnungen hierauf einzustellen. Aus diesem Grund erachte es das BSG z. B. nicht für erforderlich, dass eine KÄV alle für die Festlegung einer Honorarbegrenzungsmaßnahme wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen im Bescheid aufführe. Jeder Kollege bzw. jede Kollegin habe Erläuterungen zur Mitteilung des RLV 2009/2010 mit den entsprechenden Anlagen erhalten. Diese ließen die für die Berechnung des Honorars entscheidenden Berechnungsfaktoren erkennen. Die Berechnung des praxisbezogenen RLV für die Quartale IV/09, I/10 und II/10 sei entsprechend den Vorgaben nach Abschnitt II HV durchgeführt worden. Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 zum HV erhalte ein arztgruppenspezifisches RLV. Dieses resultiere aus der Multiplikation der für das RLV relevanten Fallzahl des Arztes aus dem Vorjahresquartal mit dem jeweils gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwert sowie weiterhin mit der Fallwertabstaffelung, der Altersstrukturquote und dem Aufschlag für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften. Die RLV-relevante Fallzahl sei wiederum die Zahl der ambulant-kurativen Arzt- und Behandlungsfälle des Vorjahresquartals. Ausgenommen seien Fälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a) und Überweisungsfälle, bei denen ausschließlich Probenuntersuchungen oder Befunde von dokumentierten Untersuchungsergebnissen stattfänden. Ebenfalls ausgenommen seien Fälle, in denen Ärzte ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen abgerechnet hätten, die nach Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 nicht mehr dem RLV unterlägen. Zur Umsetzung des Arztbezuges sei im streitgegenständlichen Quartal die Bemessung des RLV mit den Arztfällen vorgegeben. Da die Kennzeichnung der Abrechnungen unter Angabe der lebenslangen Arztnummer eines Arztes erst zum 3. Quartal 2008 eingeführt worden sei, sei in den Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses in Anlage 2 Ziffer 7 a zu Teil F eine Übergangsregelung wie folgt vorgesehen: Unter Berücksichtigung der Praxisstruktur als fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und als Praxis mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe entspreche die Zahl der Arztfälle je Arzt der Zahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis dividiert durch die Anzahl der in der Arztpraxis zu berücksichtigenden Ärzte. Weiterhin bestehe ein Anspruch in Höhe von 10 % als Aufschlag für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften; es sei somit von einem Wert von 1,1 auszugehen (s. Zuweisungsbescheid Spalte Aufschlag fachgleiche BAG). Soweit die Kläger zu 2 und 3 eine Sonderregelung bezüglich der Fallzahl aufgrund des Status "junge Praxis" begehrt, sei festzustellen, dass der Änderungsbeschluss des Bewertungsausschusses vom 20.04.2009 zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Regelung zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in 2009 vorsehe, dass Regelungen für Praxen in der Anfangsphase (sog.

"Jungpraxen") getroffen werden sollten. Auf der Basis dieses Beschlusses habe der Vorstand der KV Hessen am 14.02.2011 beschlossen, dass Sonderregelungen für sog. "Jungpraxen" auf Antrag nach folgenden Kriterien stattzugeben seien:

1. Ärzte, die sich innerhalb von 2 Jahren vor dem Aufsatzquartal niedergelassen hätten und
2. deren Fallzahlen im Aufsatzquartal unterhalb der Fachgruppenfallzahlen lägen.

Würden alle Kriterien erfüllt, so sei dem Arzt die Fallzahl der Fachgruppe bei der Berechnung des RLV zugrunde zu legen. Der Kläger zu 2. sei bereits mehr als 2 Jahre vor den Aufsatzquartalen IV/08 bis I/09 niedergelassen gewesen. Daher könne ihm eine Sonderregelung aufgrund des Status "junge Praxis" nicht gewährt werden. Der Kläger zu 3. habe sich zwar innerhalb von 2 Jahren vor den Aufsatzquartalen IV/08 und I/09 niedergelassen. Der Begriff "junge Praxis" beinhalte jedoch, dass eine Sonderregelung durch den Eintritt eines neuen Arztes in eine bereits bestehende Berufsausübungsgemeinschaft nicht in Frage komme, wenn ein in der Berufsausübungsgemeinschaft vorhandener Arztsitz nicht die o. g. Kriterien erfülle. Dies bedeutet für die Praxis Folgendes: Die Berufsausübungsgemeinschaft bestehe zwar erst seit dem 01.04.2007 in dieser Zusammensetzung, der Kläger zu 2. sei jedoch bereits seit dem 01.05.2006 niedergelassen und in Berufsausübungsgemeinschaft vertragsärztlich tätig gewesen, so dass die Möglichkeit einer Sonderregelung infolge des Status "junge Praxis" ausscheide. Hinsichtlich der RLVrelevanten Fallzahl von Herrn Dr. E. sei der Vollständigkeit halber auf Folgendes hinzuweisen: In den Aufsatzquartalen IV/08, I/09 und II/09 sei dieser als angestellter Arzt mit Leistungsbeschränkung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i. V. m. § 23 i Abs. 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinien vertragsärztlich tätig gewesen. Aus diesem Grund sei ihm in den Aufsatzquartalen kein RLV zugewiesen worden. Seit dem 01.11.2009 sei Herr Dr. E. jedoch ohne Leistungsbeschränkung in der Berufsausübungsgemeinschaft angestellt. Mangels eigener Werte oder Vorgängerwerte sei ihm bei der Zuweisung eines RLV der Fachgruppendurchschnitt seiner Arztgruppe (im Quartal IV/09 anteilig für den Zeitraum 01.11.2009 bis 31.12.2009) zuerkannt worden. Soweit angeführt werde, dass der Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses unter Teil F, Anlage 1, Punkt 4 vorsehe, dass für bestimmte relevante Arztgruppen RLV zu ermitteln seien, die übermäßige Ausdehnung der vertragsärztlichen nephrologischen Tätigkeit jedoch nicht zu befürchten sei, da diese Leistungen stets und unzweifelhaft eine harte medizinische Indikation voraussetzen würden, sei Folgendes festzustellen: Die Einführung der RLV sei vorgenommen worden, um die Finanzierbarkeit der öffentlichen Gesundheitsversorgung und damit die öffentliche Gesundheitsversorgung an sich, sicherzustellen. Hierbei handele es sich um ein Gemeinschaftsgut von überragender Bedeutung, dessen Schutz auch so einschneidende Maßnahmen wie die Einführung der RLV rechtfertige. Die außergewöhnlich komplexen und eine Vielzahl von Einzelfallgestaltungen und Fachgruppen berücksichtigenden Regelungen seien auch nicht willkürlich, sondern das Ergebnis eines langwierigen Entscheidungsprozesses des (Erweiterten) Bewertungsausschusses auf Grundlage der Vorgaben des Gesetzgebers und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. So sehe Teil F, Anlage 1, Punkt 4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vor, dass für die Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie ein RLV zu bilden sei. Von diesen Vorgaben könne seitens der Beklagten nicht einseitig abgewichen werden. Darüber hinaus sei festzustellen, dass die nephrologischen Leistungen des Kapitels 13.3.6 EBM (Gebührenordnungspositionen der Nephrologie und Dialyse) innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, jedoch außerhalb des RLV vergütet würden. Damit fände gerade keine Begrenzung dieser Leistungen durch das zugewiesene RLV statt. Schließlich sei darauf hinzuweisen, dass die ab dem 01.01.2009 geänderten Bestimmungen durch den Erweiterten Bewertungsausschuss eindeutig die Gestaltungsmöglichkeiten für die Gewährung einer Sonderregelung zum RLV vorgäben, die im HV aufgegriffen worden seien. Von diesen könne seitens der Beklagten nicht einseitig abgewichen werden.

Die Zuweisungsbescheide zum RLV für die Quartale IV/09, I/10 und II/10 sowie der Bescheid zum Antrag auf Änderung des RLVs gemäß Abschnitt II HV für die Quartale IV/09 bis II/10 seien somit rechtmäßig. Die auf den Zuweisungsbescheiden zum RLV basierenden Honorarbescheide für die Quartale IV/09, I/10 und II/10 seien ebenfalls rechtmäßig.

Das jeweilige RLV stelle sich wie folgt dar:

IV/09:

Arzt Arztbezogenes RLV -Obergrenze Arztbezogenes RLV -angefordert Abweichung (Über-/Unterschreitung)

A., A. 2.675,38 EUR 756,05 EUR - 1.919,33 EUR

E., E. 3.599,75 EUR 4.057,44 EUR + 457,69 EUR

C., C. 2.465,42 EUR 845,96 EUR 1.619,46 EUR

Praxis gesamt 8.740,55 EUR 5.659,45 EUR - 3.091,10EUR

Zu der oben stehenden Tabelle sei anzumerken, dass das Honorar im Quartal IV/09 praxisbezogen betrachtet werde. Dies bedeute, dass eine Verrechnung der arztbezogenen RLV stattgefunden habe. Überschreite ein Arzt einer Berufsausübungsgemeinschaft sein RLV nicht, könne dieses mit der Überschreitung eines Kollegen der Berufsausübungsgemeinschaft verrechnet werden. Aufgrund der Verrechnung der arztbezogenen RLV habe die Praxis das praxisbezogene RLV um 3.091,10 EUR unterschritten. Das angeforderte Honorar in Höhe von 5.659,45 EUR habe somit vollständig vergütet werden können. Hinsichtlich der Vergütung der vom RLV erfassten Leistungen seien die Kläger somit nicht beschwert.

I/10:

Arzt Arztbezogenes RLV -Obergrenze Arztbezogenes RLV -angefordert Abweichung (Über-/Unterschreitung)

A., A. 3.601,82 EUR 2.067,96 EUR - 1.533,86 EUR

E., E. 7.116,18EUR 1.741,51 EUR - 5.374,67 EUR

C., C. 2.136,46 EUR 2.271,79 EUR + 135,33 EUR

Praxis gesamt 12.854,46 EUR 6.081,26 EUR - 6.773,20 EUR

Aufgrund der Verrechnung der arztbezogenen RLV habe die Praxis auch im Quartal I/10 das praxisbezogene RLV um 6.773,20 EUR unterschritten. Das angeforderte Honorar in Höhe von 6.081,26 EUR habe somit vollständig vergütet werden können. Hinsichtlich der Vergütung der vom RLV erfassten Leistungen seien die Kläger somit ebenfalls nicht beschwert. Gleiches gelte auch für II/10

II/10:

Arzt Arztbezogenes RLV -Obergrenze Arztbezogenes RLV -angefordert Abweichung (Über-/Unterschreitung)

A., A. 4.358,47 EUR 1.737,19EUR - 2.621,28 EUR

E., E. 6.835,55 EUR 1.897,84 EUR -4.937,71 EUR

C., C. 1.813,49EUR 1.627,45 EUR -186,04 EUR

Praxis gesamt 13.007,51 EUR 5.262,48 EUR - 7.745,03 EUR

Soweit die Kläger um eine ungekürzte Honorierung der unmittelbaren Dialyseleistungen und Betreuungsleistungen für nierentransplantierte Patienten baten, wies die Beklagte ergänzend auf Folgendes hin: Nephrologie- und Dialyseleistungen nach dem Kapitel 13.3.6 EBM würden ebenso wie die Dialysesachkosten nach dem Kapitel 40.14 EBM innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, jedoch außerhalb des RLV vergütet. Damit fände gerade keine Begrenzung dieser Leistungen durch das RLV statt, welches in den streitgegenständlichen Quartalen auch nicht überschritten worden sei. Der Arztrechnung für das jeweilige Quartal könne man unter den Punkten "Dialyse-Sachkosten" und "Sonstige Leistungen außerhalb RLV- nur Fachärzte" entnehmen, dass die dort ausgewiesenen Beträge außerhalb des RLV vergütet würden. Hinsichtlich des Sicherstellungsindex 90 (SI 90) sei bezüglich der Quartale IV/09, I/10 und II/10 Folgendes auszuführen: Durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.04.2009 könnten die sogenannten "Vorwegleistungen" begrenzt werden. Dabei würden als Vorwegleistungen solche Leistungen bezeichnet, die außerhalb des RLV vergütet würden, jedoch innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) finanziert werden müssten. Auch Kostenerstattungen des Kapitels 32 könnten begrenzt werden. Hintergrund und Ziel des Beschlusses sei es, bei einer Mengenentwicklung der Vorwegleistungen eine Reduzierung der RLV zu vermeiden. Bereits im Vorfeld sei in einem Rundschreiben vom 30.06.2009 über die Möglichkeit der Quotierung der Vorwegleistungen ab dem Quartal III/2009 informiert worden. Im Abschnitt II, Ziffer 6.1 HV (1. Nachtragsvereinbarung) sei festgelegt, dass im Rahmen des SI 90 die in den verfahrensgegenständlichen Quartalen abgerechneten Vorwegleistungen den Beträgen gegenübergestellt würden, die für diese Leistungen von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zurückgestellt worden seien. Die Höhe der Rückstellungen ergäbe sich durch die Bewertung der anerkannten Leistungsmenge in den Quartalen I/08, II/08 und IV/08 erhöht um eventuelle Anpassungsfaktoren und multipliziert mit dem Orientierungspunktwert in Höhe von 0,035048 EUR. Dieser berechnete Rückstellungsbetrag werde sodann um 10 % reduziert. Überschreite die aktuelle Anforderung der Vorwegleistungen den Rückstellungsbetrag (90 %), so würde diese quotiert vergütet. Die Höhe der Quote ergäbe sich aus dem Verhältnis des Überschreibungsbetrages zum Rückstellungsbetrag. Die Anforderungen für Vorwegleistungen hätten in den verfahrensgegenständlichen Quartalen sowohl in der hausärztlichen als auch in der fachärztlichen Versorgungsebene über dem Rückstellungsbetrag gelegen. Daher erfolge eine quotierte Vergütung der angeforderten Leistungen. Diese Vorgehensweise sei nicht zu beanstanden.

Gegen diesen Bescheid richte sich die Klage vom 26.07.2011. Die Kläger tragen vor, dass die SI 90 Quotierung rechtswidrig gewesen sei. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.04.2009, der Grundlage für eine Budgetierung der freien Leistung ab dem 01.07.2009 gewesen sei, habe auch zum Gegenstand, dass die Leistungen gemäß Abschnitt 13.3.6 EBM auf Betreiben der KBV aus der RLV-Budgetierung herausgenommen würden. Dies sei vor dem Hintergrund der Einsicht geschehen, dass es sich bei diesen nephrologischen Leistungen nicht um solche handele, die einer Mengensteuerung unterzogen werden könnten. Die Budgetierung ärztlicher Leistungen auf der Rechtsgrundlage von [§ 87 b SGB V](#) durch RLV diene aber alleine der Mengensteuerung. Einer solchen mengensteuernden Budgetierung seien die nephrologischen Leistungen jedoch gerade nicht zugänglich. [§ 87 b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) habe das alleinige Ziel, über die Budgetierung mit RLV eine Mengensteuerung zur Verhinderung übermäßiger Ausdehnung vertragsärztlicher Leistungen zu erreichen. Nephrologische Leistungen müssten zeitnahe mit dem Erscheinen des Patienten in der Praxis erbracht werden. Sie könnten auch nicht auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. Dies gelte insbesondere für die Betreuung von Dialysepatienten, die ihre lebenserhaltende Therapie im Regelfall an drei Behandlungstagen pro Woche erfahren müssten und insoweit zwingend der ärztlichen Betreuung bedürften. Die Budgetierung führe daher nicht zu einer Mengensteuerung mit der Option der zeitlichen Streckung einer ärztlichen Leistung, sondern einer Rationierung derselben. Eine solche Rationierung habe keine Rechtsgrundlage und sei daher rechtswidrig. Hinzu komme, dass Dialyseleistungen bereits insoweit budgetiert seien, als § 5 Abs. 7 der QS-Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) einen Arzt-Patienten-Schlüssel der Gestalt vorsehe, dass pro Dialysearzt maximal 50 Dialysepatienten pro Jahr betreut werden dürften. Eine insoweit noch darüber hinausgehende Budgetierung würde dazu führen, dass der auf die Behandlung von maximal 50 Dialysepatienten bezogene genehmigungspflichtige nephrologische Versorgungsauftrag nicht vollständig erfüllt werden könne wenn zufälligerweise bei Inkrafttreten der RLV eine deutlich niedrigere Patientenzahl betreut würden, die nach Einführung des RLV nicht ohne wirtschaftliche Einbußen weiter wachsen dürfe. Wenn in diesem Fall aufgrund der RLV nämlich Honorarrestriktionen eintreten, würden diese auf Dauer die Erfüllung des nephrologischen Versorgungsauftrages gemäß Anlage 9.1 BMVÄ/EKV nachhaltig gefährden. In der höchstgerichtlichen Rechtsprechung sei ein Versorgungsauftrag gefährdet, wenn eine Durchführung für den Behandler keine wirtschaftliche Attraktivität mehr habe. Schließlich sei zu berücksichtigen, dass die Mengensteuerung durch Honorarbudgetierungen einen Eingriff in die freie Berufsausübung darstelle, die dergestalt durch ein anderweitiges schützenswertes Rechtsgut gerechtfertigt sein müsse, dass dieses Rechtsgut dem Recht des Vertragsarztes auf ungekürzte Honorierung der von ihm unstreitig erbrachten notwendigen Leistungen als höherrangiges gegenüber stünde. Ein solches Rechtsgut sei zwar erkennbar, weil mit der Honorarbudgetierung ein finanzieller Kollaps des öffentlichen Gesundheitssystems verhindert werden solle, hinter welchem die wirtschaftlichen Interessen der Vertragsärzte grundsätzlich zurückstehen müssten, jedoch belegten die vorstehenden Ausführungen, dass nephrologischen Leistungen im Rahmen der Basisversorgung der gesetzlich krankenversicherten Patienten ohne jeden Vorbehalt erbracht und angeboten werden müssten, ohne dass insoweit ein Behandlungsbedarf gestreckt werden könne. Die Vollversorgung kranker Patienten sei ein elementares Recht im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung und damit als solches Ausdruck derselben. Man könne aber das Gesundheitssystem nicht stützen, indem man es an einer bestimmten, nicht disponiblen Stelle, hier der Versorgung nierenkranker Patienten, beschneide. So habe auch das BSG in seiner Entscheidung zum Az.: [B 6 KA 31/08 R](#) vom 03.02.2010 deutlich gemacht, dass die nephrologischen Leistungen, die noch gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 mit Bedacht nicht Gegenstand budgetierter RLV waren, eine Sonderstellung wegen der beschriebenen fehlenden Steuerbarkeit einnahmen, mithin extrabudgetär vergütet werden könnten. Das BSG habe in dieser Entscheidung nicht darüber zu befinden gehabt, ob eine solche Ausnahme zwingend erforderlich sei. Im Umkehrschluss lasse sich aber den Überlegungen des erkennenden Senats durchaus entnehmen, dass eine solche Ausnahme von der Budgetierung geboten sei. Auch die Vorinstanz, das HLSG, habe in seiner Entscheidung vom 23.04.2008, Az.: [L 4 KA 60/07](#) ausgeführt, dass das Risiko einer übermäßigen Ausweitung der Tätigkeit durch nephrologisch tätige Vertragsärzte nicht bestehe und mithin begrenzende Maßnahmen wie RLV mangels Erforderlichkeit unverhältnismäßig und damit rechtlich unzulässig erschienen. Da die nephrologischen Leistungen aus den RLV somit aus guten Gründen herausgenommen worden seien, könne es nicht angehen, wenn zeitgleich mit der Herausnahme aufgrund einer anderen Regelung eine Budgetierung bzw. Quotierung erneut erfolge. Die Herausnahme der nephrologischen Leistungen aus den RLV diene dem Ziel, diese Leistungen jedweder Budgetierung oder Quotierung zu entziehen. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.04.2009, auf welchen sich die Beklagte beziehe, sei rechtskonform in der Weise auszulegen, dass die soeben aus dem RLV herausgenommenen nephrologischen Leistungen von der Budgetierung der bis dato ungekürzt honorierten Leistungen schon deshalb ausgenommen werden müssten, weil vom Sinn des Beschlusses vom 20.04.2009 her die Herausnahme der nephrologischen Leistungen aus der Budgetierung

nicht sogleich in eine neue Budgetierung führen könne, ohne dass insoweit widersprüchliches Beschlussverhalten vorläge. Der Bewertungsausschuss wolle mit der Herausnahme der nephrologischen Leistungen aus den RLV auf die gewonnene, im Übrigen bereits durch Beschluss vom 29.10.2004 manifestierte Erkenntnis reagieren, dass es sich bei den nephrologischen Leistungen um einen Komplex handle, der nicht budgetierungsfähig sei. Er wolle auf der anderen Seite außerhalb der nephrologischen Versorgung mit der Eröffnung der Möglichkeit der Quotierung bisher freier Leistungen schließlich eine Möglichkeit für die KV'en schaffen auf eine ungehinderte und häufig auch medizinisch nicht mehr nachvollziehbare Ausweitung dieser bisherigen freien Leistungen reagieren zu können. Die Motive zu den beiden Beschlusstexten seien daher nicht in eine Deckung zu bringen. Darüber hinaus wenden sich die Kläger gegen den EHV-Abzug auf Dialysesachkosten.

Die Kläger beantragen,
die Beklagte zu verurteilen, sie unter Aufhebung der Zuweisungs- und Honorarbescheide für die Quartale IV/09 bis II/10 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 06.07.2011 im Hinblick auf die SI90-Quotierung der nephrologischen Honorare unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie nimmt im Wesentlichen Bezug auf die Gründe des Widerspruchsbescheides und verweist auf ein Urteil des erkennenden Gerichts vom 18.04.2012, Az.: [S 12 KA 780/10](#), in dem für die Fachgruppe der Labormediziner die Rechtmäßigkeit des SI 90 festgestellt worden sei.

Das Gericht hat im Termin zur mündlichen Verhandlung die Klage hinsichtlich der Rechtmäßigkeit des EHV-Abzuges für Dialysesachkosten abgetrennt und an die insoweit zuständige 12. Kammer verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Prozessakten, die in der mündlichen vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidungsfindung waren.

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 Klage ist zulässig, jedoch nicht begründet.

Die RLV-Zuweisungs- und Honorarbescheide für die Quartale IV/09 bis II/10 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.07.2011 sind rechtmäßig und verletzen die Kläger nicht in ihren Rechten. Die Kläger haben keinen Anspruch auf Neubescheidung ihres Honoraranspruchs für die Quartale IV/09 bis II/10 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

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-Wettbewerbsstärkungsgesetz - 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 RLV festzulegen (Satz 1). Ein RLV 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 RLV 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 RLV festgelegt wird, ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist (Satz 4). Weitere vertragsärztliche Leistungen können außerhalb der RLV 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 (Satz 7). Nach [§ 87b Abs. 3 SGB V](#) sind die Werte für die RLV 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). Nach [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) bestimmt der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV 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). Nach [§ 87b Abs. 5 SGB V](#) obliegt die Zuweisung der RLV an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der RLV 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 RLV (Satz 1). § 85 Abs. 4 Satz 9 gilt (Satz 2). 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 RLV 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). Nach Nr. 1.2 EB7F werden die RLV nach Maßgabe von 2. und 3. für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt (Nr. 1.2.1 EB7F). RLV kommen für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur Anwendung (Nr. 2.1 Satz 1 EB7F). Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nr. 1.3 in Beschluss Teil B, nach Anlage 2 Nr. 2 in Beschluss Teil F sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V oder [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) ergeben, unterliegen nicht dem RLV (Nr. 2.2 EB7F). Danach unterliegen neben den Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V oder [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) ergeben, Leistungen gemäß Punkt 1.2 in Beschluss Teil A und die Substitutionsbehandlung nicht dem RLV (Nr. 1.3 EB7B). Nr. 1.2 EB7A nennt folgende Leistungen:

1. Vergütungen für Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge vereinbart worden sind (Modellvorhaben

gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137f-g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a bis h SGB V),

2. Vergütungen für regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen,
 3. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe),
 4. Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
 5. Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4,
 6. Früherkennungsuntersuchung U 7a,
 7. Hautkrebscreening,
 8. Durchführung von Vakuumstanzbiopsien,
 9. Strahlentherapie,
 10. Phototherapeutische Keratektomie,
 11. Leistungen der künstlichen Befruchtung. Anlage 2 Nr. 2 EB7F führt für den fachärztlichen Bereich folgende Leistungen auf, die damit ebf. nicht dem RLV unterliegen
- Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
 - Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (GOP 01210 bis 01222)
 - Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
 - Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)
 - Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)
 - Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)
 - ESWL (GOP 26330)
 - Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte
 - Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
 - Polysomnographie (GOP 30901)
 - Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
 - Diagnostische Radiologie (GOP 34210 bis 34297), soweit nicht durch Fachärzte für Diagnostische Radiologie erbracht
 - MRT-Angiographie des Abschnitts 34.7
 - Kostenpauschalen des Kapitels 40

Die Kritik an einer unzureichenden vertragsärztlichen Vergütung (vgl. Korzilius/Rieser, DÄBl. 2008 (Heft 38), A-1951((Interview mit Ulrich Weigoldt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzterverbands); Flintrop/Stüwe, DÄB. 2008 (Heft 39), A-2013 (Interview mit Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer); Rieser, DÄBl. 2008 (Heft 41), A-2136; Korzilius/Rieser, DÄBl. 2009, (Heft 4), A-111; dies., DÄBl. 2009, (Heft 9), A-373; Korzilius, DÄBl. 2009 (Heft 12), A-536) führte seit Oktober 2008 zu zahlreichen Änderungen der Eckpunkte des Erweiterten Bewertungsausschusses.

Zunächst wurden die Vorgaben zur Berechnung des RLV (Teil F nebst Anlagen 1 und 2) sowie der Bildung von Rückstellungen (Teil G), die nunmehr versorgungsbereichsspezifisch erfolgt, durch den Bewertungsausschuss geändert (vgl. 164. Sitzung (Teil B) am 17.10.2008, DÄBl. 2008 (Heft 48), A-2607). Hinsichtlich der außerhalb des RLV zu vergütenden Leistungen fasste der Bewertungsausschuss Nr. 2.2 EB7F neu. Im Ergebnis ergänzte er den betreffenden Leistungskatalog um die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM und Leistungen im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung). Der Erweiterte Bewertungsausschuss hob – mit Ausnahme der Strahlentherapie, was der Bewertungsausschuss aber wieder aufhob (vgl. 172. Sitzung (Teil A), DÄBl. 2009 (Heft 5), A-122), und laborärztlichen Grundpauschale – Leistungen nach dem EBM 2008 (Notdienst, Früherkennung und Mutterschaftsvorsorge, Mammographie-Screening, Kindervorsorge U7a, Vakuumstanzbiopsie, Substitutionsbehandlung, Schmerztherapie, Akupunktur, Polysomnographie, MRT-Angiographie, ambulanten Operierens sowie PTK, Koloskopie und ERCP, antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie, belegärztliche Leistungen sowie systemische fibrinolytische Therapie, Radiojodtherapie und belegärztlich erbrachte Geburtshilfe und - durch den Bewertungsausschuss - Reproduktionsmedizin (vgl. 172. Sitzung (Teil A), DÄBl. 2009 (Heft 5), A-122) an, senkte aufgrund neuer Veränderungsraten des Anstiegs der Grundlohnsumme den Orientierungspunkt auf 3,5001 Cent, veränderte die zuvor nur zwischen alten und neuen Bundesländern differenzierende Länderquote länderspezifisch mit Anhebung der Quoten für die KV-Bezirke Schleswig-Holstein, Nordrhein, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg zu Lasten der übrigen Bezirke (vgl. 8. Sitzung am 23.10.2008, DÄBl. 2008 (Heft 48), A-2602). Ferner beschloss der Erweiterte Bewertungsausschuss mit Geltung ab 01.01.2009 eine "Konvergenzphase für die Vereinheitlichung der Umsetzung der arzt- und praxisbezogenen RLV". Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung sind die im Teil F seines Beschlusses vom 27./28.8.2008 beschlossenen Regelungen, insbesondere zu den Praxisbesonderheiten (Ziffer 3.6), deren Umsetzung zunächst den Partnern der Gesamtverträge überlassen worden war, zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten (Ziffer 3.7) – bei einem Honorarverlust von mehr als 15 % war dies in das Ermessen der KV gestellt worden - und zur Modifikation von relevanten Arztgruppen (Anlage 1) anzuwenden. Sollte es weiterhin zu überproportionalen Honorarverlusten und zu Problemen der Sicherstellung kommen, können die Partner der Gesamtverträge - ab dem 01.04.2009 bis zum 31.12.2010 – das vom Erweiterten Bewertungsausschuss neu geschaffene Verfahren zur schrittweisen Anpassung des RLV (Konvergenzverfahren) beschließen, sofern die Honorarverluste – die Grenze kann auch unterhalb von 15 % festgesetzt werden – nicht durch von der Praxis zu verantwortende Gründe entstanden und durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik begründet sind. Die Gesamtvertragspartner können im Einzelfall eine Praxisbesonderheit auch unterhalb des Grenzwertes von 30 % feststellen (vgl. 9. Sitzung am 15.01.2009, DÄBl. 2009 (Heft 7), A-308). Diese Regelungen fasste er kurz darauf neu durch eine weitere Autonomie der Gesamtvertragspartner, die er lediglich an Vorgaben zur Vergütung der Psychotherapeutenvergütung und die Trennung zur haus- und fachärztlichen Versorgung (Teil F, Anl. 2, Nr. 1) band. Den Vorrang der eigenen Regelungen in Nr. 1 Satz 1 u. 2 a.F. hob er zugunsten der Vertragsautonomie auf. So ermächtigte der Erweiterte Bewertungsausschuss die Partner der Gesamtverträge einvernehmlich zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen – ab dem 1. April 2009 und zeitlich begrenzt bis zum 31. Dezember 2010 – ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen RLV (Konvergenzverfahren) zu beschließen, sofern diese Honorarverluste durch die Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik begründet sind (vgl. 10. Sitzung am 27.02.2009 (Teil A, Nr. 1), DÄBl. 2009 (Heft 12), A-574). Der Bewertungsausschuss kündigte für die Zeit ab Juli 2009 die Überprüfung und ggf. Änderung fast aller relevanten Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses zu den RLV an, ohne dass dies Auswirkungen auf die

Höhe der für 2009 vereinbarten morbiditätsbezogenen Gesamtvergütungen haben solle. Sofern in einer Region die RLV im 2. Quartal unter Vorbehalt zugewiesen wurden, können die angekündigten Maßnahmen in dem betroffenen KV-Bezirk auf Beschluss der Partner der Gesamtverträge bereits mit Wirkung zum 01.04.2009 in Kraft gesetzt werden. Betroffen sind insbesondere das Verfahren der Fallzählung (Teil F 1.2.2, 3.2.1 sowie Anlage 2, Nrn. 4, 5 und 6), die Notwendigkeit einer Steuerung der Leistungen im Vorwegabzug (Teil F Anlage 2, Nr. 2), von Arztgruppen, die bisher keiner Mengensteuerung unterliegen, oder mit geringer regionaler Arztzahl, der nicht genehmigungspflichtigen und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie, Fallwertzuschläge zum RLV sowie die darin enthaltenen Leistungen gemäß Beschluss Teil F Anlage 1, Nrn. 5 und 6 sowie die Zuordnung der Gebührenordnungspositionen für Bronchoskopien, Gastroskopien, Narkosen des Abschnitts 5.3 (ggf. Angleichung der Bewertungen an die des Abschnitts 31.5), nephrologische Leistungen sowie Gesprächsleistungen der Psychiater, Nervenärzte und Kinder- und Jugendpsychiater zu den RLV gemäß Beschluss Teil F 2, ferner ggf. Anpassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 164. Sitzung zur Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10 % bei der Berechnung der RLV für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes (vgl. 175. Sitzung, DÄBl. 2009 (Heft 12), A-576). In Umsetzung seines Ankündigungsbeschlusses aus der 175. Sitzung änderte der Bewertungsausschuss zum 01.07.2009 (Rückwirkungsvorbehalt für die Gesamtvertragsparteien zum 01.04.2009) mit Beschluss in seiner 180. Sitzung am 20.04.2009 die Vorgaben zum RLV nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August und 23. Oktober 2008. In der Präambel verpflichtete er sich selbst, nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse des ersten Quartals 2009 diese zu prüfen und ggf. ergänzende Beschlüsse zu fassen. U. a. nahm er mehrere Leistungen aus dem RLV der entsprechenden Arztgruppen heraus. Dadurch sollen die betreffenden Leistungen besser bezahlt werden können (vgl. 180. Sitzung, DÄBl. 2009 (Heft 19), A-942; Rieser, DÄBl. 2009 (Heft 18), A-862). Anlage 2 Nr. 2 EB7F fasste er neu (Nr. 9.2.b B180A). Daraus ergab sich für den fachärztlichen Versorgungsbereich, dass ergänzend folgende Leistungen nicht dem RLV unterliegen:

- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7,
- Leistungen des Abschnitts 5.3,
- Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225),
- Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 13253 und 27323),
- Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6,
- Bronchoskopie (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670),
- Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222).

Nicht mehr aufgeführt wurden die Leistungen der diagnostischen Radiologie (GOP 34210 bis 34297), soweit nicht durch Fachärzte für Diagnostische Radiologie erbracht. Für den Zeitraum 01.07. bis 31.12.2009 ergänzte er in Teil B seines Beschlusses Nr. 1 EB10A durch Anfügung eines weiteren Absatzes: Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV vergütet werden, können einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem RLV unterliegen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss fasste im September 2009 auf der Grundlage der bisherigen Beschlüsse die Eckpunkte für das Jahr 2010 (Teil A bis E, G und H) (vgl. 15. Sitzung am 03.09.2009, DÄBl. 2009 (Heft 39), A-1907). Er dehnte mit Beschluss in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009 die Konvergenzphase bis 31.12.2010 aus; zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherstellung können die Gesamtvertragsparteien ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen RLV (Konvergenzverfahren) beschließen, sofern diese Honorarverluste durch die Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik begründet sind; nicht dem RLV unterliegende Leistungen können weiterhin einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z.B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken (Abschnitt II.1) (vgl. 199. Sitzung, DÄBl. 2009 (Heft 42), A-2103; 215. Sitzung, DÄBl. 2010 (Heft 9), A-408; DÄBl. 2010 (Heft 9), A-408; s.a. Rieser, DÄBl. 2010 (Heft 6), A-220; Korzilius/Rieser, DÄBl. 2010 (Heft 9), A-374). In Abschn. II.1 Abs. 2 bestimmte er: Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV vergütet werden, können – soweit dies nicht bereits gemäß Abschnitt I. dieses Beschlusses erfolgt – einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem RLV unterliegen. Zum 01.07.2010 fasste der Bewertungsausschuss Teil F RLV (RLV) des EB7 neu. Es wurden aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zunächst die RLV und nicht wie bisher erst die freien Leistungen (z.B. Akupunktur, Schmerztherapie) finanziert, weil letztere in der Menge z. T. Zuwächse von bis zu 60 % oder mehr hatten. Zur Steuerung der neuen Finanzierung wurden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) eingeführt, deren - komplizierte - Modalitäten auf KV-Ebene zu regeln sind. Die Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften blieben unverändert mit Geltung bis Ende 2010 (vgl. 218. Sitzung, DÄBl. 2010 (Heft 16), Beilage. Korzilius, DÄBl. 2010 (Heft 16), A-735; (Heft 26), A-1283). Auf der Grundlage dieser Regelungen im SGB V und des Bewertungsausschusses haben die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Verbände der Primärkassen sowie die Ersatzkassen einen Honorarvertrag vom 13.12.2008 für die Zeit ab 01.01.2009 geschlossen (im Folgenden: HVV 2009). In Abschnitt II HVV 2009 werden auf der Grundlage des EB7F, B164B und EB8II (Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008 zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sowie zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009, Teil A, DÄBl. 2008 (Heft 4), A 2602) weitgehend wortgleich die Regelungen des EB7F mit den Änderungen durch den B164B übernommen. Mit der 3. Nachtragsvereinbarung zum Honorarvertrag 2009 vom 30.09.2009 haben die Vertragspartner festgestellt, dass auf der Grundlage der bislang vorliegenden Erkenntnisse der Abrechnungen der ersten beiden Quartale 2009 sowie der Zuweisungen der RLV-Bescheide für das 3. und 4. Quartal 2009 die für die Vergütung der in den RLV enthaltenen Leistungsbereiche insbesondere bei den Arztgruppen, die im Wesentlichen ihre Leistungen im RLV erbringen, zu Verwerfungen führen, die eine Gefährdung der Sicherstellung befürchten ließen. Es werde deshalb die Möglichkeit einer abweichenden Steuerung im Rahmen einer Konvergenzphase genutzt. Für das Quartal III/09 steht nach der eingefügten Ziff. II.6.1 für die in der Anlage aufgeführten Leistungen im jeweiligen Versorgungsbereich deren im Quartal III/08 anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035001 EUR sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. Nr. I.3 multiplizierte Leistungsbedarf in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen überschritten wird, erfolgt eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche. Für das Quartal IV/09 steht nach der eingefügten Ziff. II.6.2 aufgrund des weiteren Rückgangs der RLV-Fallwerte im Vergleich zu dem Quartal III/09 für diese Leistungen deren im Quartal IV/08 entsprechend anerkannter Leistungsbedarf nur noch zu 90 % zur Verfügung. Das frei werdende Honorarvolumen ist gezielt zur Stützung der RLV-Leistungen zu verwenden. Im Ergebnis wird der Betrag der Vergütung für die das RLV überschreitenden Leistungen mit Ausnahme der von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringern erbrachten Leistungen

zugeführt. Im Honorarvertrag für 2010 ist diese Regelung in Abschnitt II Ziff. 6 für das Quartal I/10 unter Anpassung des Punktwerts (0.035048 EUR) zur Ermittlung des Leistungsbedarfs und mit dem Aufsatzquartal I/08 - fortgeführt worden. Mit Ziff. 5 der 1. Nachtragsvereinbarung zum HVV 2010 wurde diese Regelung entsprechend fortgeführt; nach Ziff. 6 wurden allerdings die Stützungsmodalitäten detaillierter gefasst. Erst mit der 2. Nachtragsvereinbarung zum HVV 2010 erfolgte zum Quartal III/10 eine veränderte Regelung. In Anwendung der Bestimmungen ihrer HVV hat die Beklagte das Honorar der Kläger zutreffend festgesetzt. Soweit die Kläger die Quotierung der laborärztlichen Leistungen beanstanden, war ihnen nicht zu folgen. Ziff. II.6 HVV 2009 und Ziff. II.6 HVV 2010 sind rechtmäßig. Sie beruhen auf den genannten Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 180. Sitzung am 20.04.2009 und in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009. Danach können sog. Vorwegleistungen, also Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV vergütet werden, wozu auch die Leistungen gehören, die von Arztgruppen, zu denen auch die Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie gehören, erbracht werden, die nicht dem RLV unterliegen, einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Wie die Steuerung zu erfolgen hat, hat der Bewertungsausschuss den Gesamtvertragsparteien überlassen. Wenn auch grundsätzlich der Bewertungsausschuss selbst nach [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV 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 RLV 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 RLV ausgenommen werden. Soweit aber Leistungen vom RLV ausgenommen werden können, bedeutet dies nicht, dass das Gesetz Steuerungsmaßnahmen neben der Geltung von RLV 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, im konkreten Fall nach Quoten. 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 RLV 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 RLV, die ihrerseits zudem durch die RLV bereits einer strengen Mengensteuerung unterlagen. Soweit Arztgruppen nicht die Möglichkeit offen stand, evtl. vermehrt sog. Vorwegleistungen zu erbringen, bestand bei sinkenden RLV auch keine Ausgleichsmöglichkeit. Die Beklagte weist zutreffend darauf hin, dass eine Quotierung der sog. Vorwegleistungen nicht nur dann in Frage kommt, 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. Die Beklagte hat insofern auf die Auswirkungen dieser Mengendynamik hingewiesen, die einen sachlichen Grund für die strittige Regelung im Honorarverteilungsvertrag abgaben. Die strittige Regelung im Honorarverteilungsvertrag ist jedenfalls unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung zu rechtfertigen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann es im Fall komplexer Sachverhalte vertretbar sein, dem Normgeber zunächst eine angemessene Zeit zur Sammlung von Erfahrungen einzuräumen und ihm in diesem Anfangsstadium zu gestatten, sich mit gröberen Typisierungen und Generalisierungen zu begnügen, die unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität gerechtfertigt werden können (vgl. BSG, Urt. v. 13.11.1996 - [6 RKA 15/96](#) - SozR 3-2500 § 85 Nr. 16 = [MedR 1997, 467](#), juris Rdnr. 23 m.w.N.). Es bestehen erweiterte Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielräume, die bewirken, dass für einen Übergangszeitraum auch an sich rechtlich problematische Regelungen hingenommen werden müssen; gröbere Typisierungen und geringere Differenzierungen sind in derartigen Fällen vorübergehend unbedenklich, weil sich häufig bei Erlass der Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen lassen (vgl. BSG, Urt. v. 16.05.2001 - [B 6 KA 20/00 R](#) - SozR 3-2500 § 87 Nr. 29 = [BSGE 88, 126](#) = USK 2001-156, juris Rdnr. 39 m.w.N.). Wie bereits ausgeführt, steht die strittige Regelung mit keiner gesetzlichen Regelung in Widerspruch und wird sie hinreichend gedeckt von der Ermächtigung des Bewertungsausschusses. Bereits der Bewertungsausschuss selbst hat die Regelung begrenzt und sie zum Quartal III/10 wesentlich geändert. Auch im Honorarverteilungsvertrag wird die Regelung zunächst nur quartalsweise eingeführt. Letztlich galt sie nur vier Quartale. Wie bereits ausgeführt, kommt es auch nicht darauf an, ob die Kläger bzw. ihre Fachgruppe, die unzweifelhaft im Hinblick auf ihr Leistungsgeschehen aufgrund der medizinischen Anforderungen an die Dialyseversorgung wenig Spielräume hat, selbst zur Leistungsvermehrung beigetragen hat. Feste Honorarkontingente bzw. sog. Honorartöpfe können auch für Nephrologen gebildet werden. Den Klägern ist in Anlehnung an die Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 03.02.2010 - [B 6 KA 31/08 R](#)) zwar zuzugestehen, dass ihre Fachgruppe gewissen Besonderheiten unterliegt. Diese Besonderheiten bedingen jedoch nicht die Rechtswidrigkeit der zitierten Beschlüsse. Vielmehr geht aus das BSG davon aus, dass der Bewertungsausschuss berechtigt, jedoch nicht verpflichtet ist, die Nephrologen und die Dialyseleistungen von der Einbeziehung in die RLV freizustellen. Dementsprechend ist der Bewertungsausschuss auch berechtigt - sofern die Leistungen außerhalb des RLV vergütet werden - diese einer Quotierung zu unterziehen. Insbesondere folgt das Gericht den Klägern auch nicht in der Einschätzung, es liege widersprüchliches Beschlussverhalten vor. Sofern der Erweiterte Bewertungsausschuss zu dem Ergebnis gelangt, die Erprobung der Vergütung der nephrologischen Leistungen innerhalb der RLV sei nicht sachgerecht und diese wieder aus den RLV herausnimmt, ist dies zur Überzeugung des Gerichts nicht gleichbedeutend mit dem Ausschluss von jeglicher Quotierung im Rahmen der Konvergenzphase. Bei dieser Konvergenzphase 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 RLV budgetierte Leistungsbereiche vergrößert wird. Insofern konnten der Bewertungsausschuss und die Partner des Honorarverteilungsvertrags jedenfalls im Rahmen der Anfangs- und Erprobungsregelung im Sinne einer solidarischen Beteiligung aller Fachgruppen auch die nephrologischen Leistungen mit einer Quotierung belegen. Soweit die Honorarverträge rückwirkend in Kraft getreten sind, hat die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass sie rechtzeitig auf die zu erwartenden Änderungen hingewiesen hat.

Im Ergebnis konnte die Klage daher keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#) und folgt der Entscheidung in der Hauptsache.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2019-05-27