

L 5 KA 359/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KA 6099/11
Datum
24.10.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 359/14
Datum
16.03.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 24.10.2013 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Auszahlung des unbudgetierten Honorars für das Quartal I/2009, hilfsweise höheres vertragsärztliches Honorar und höchsthilfsweise, die Verpflichtung der Beklagten zur Neubescheidung.

Die Klägerin ist als Fachärztin der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie mit Sitz in St. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Mit Bescheid vom 19.12.2008 übersandte die Beklagte der Klägerin die Zuweisung des Regelleistungsvolumens (RLV) für das Quartal I/2009. Der Klägerin wurde ein arztbezogenes RLV in Höhe von 66.415,92 EUR zugewiesen. Der arztgruppenspezifische Fallwert betrug 40,64 EUR. Eine arztgruppenspezifische Erhöhung des RLV (bei Vorliegen der geforderten Qualifikation) wurde nicht anerkannt, so dass sich ein arztindividueller Fallwert von 40,64 EUR ergab. Als regelleistungsrelevante Fallzahlen wurden anerkannt:

Altersklasse 0 bis 5 6 bis 59 über 60 Summe keine 945 937 1.882

Als arztindividueller Anpassungsfaktor nach Altersklassen wurde 1,0023 festgelegt. Hieraus ergab sich ein arztindividueller Fallwert nach Anpassung von 40,73 EUR. Der Fallzahldurchschnitt der Arztgruppe lag bei 895. Für die Klägerin ergab sich ein Fallwert ohne Abstufung für 1.343 Fälle. Bei einem Fallwert von 40,64 EUR ergab sich ein Betrag von 54.579,52 EUR. Für 179 Fälle wurde ein Fallwert mit Abstufung von 25 % ermittelt, hieraus ergab sich bei einem Fallwert von 30,48 EUR ein Betrag von 5.455,92 EUR. Für 268 Fälle wurde eine Abstufung von 50 % ermittelt, hieraus ergab sich bei einem Fallwert mit Abstufung von 20,32 EUR ein Eurobetrag von 5.445,76 EUR. In 92 Fällen wurde eine Abstufung von 75 % ermittelt, so dass sich bei einem Fallwert mit Abstufung von 10,16 EUR ein Betrag von 934,72 EUR ergab.

Zur Begründung für die Zuweisung des RLV führte die Beklagte an, der Gesetzgeber habe mit Wirkung ab dem 01.01.2009 eine neue Vergütungsstruktur vorgegeben. Ab diesem Zeitpunkt würden vertragsärztliche Leistungen nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Ein weiterer Bestandteil dieser Honorarreform sei eine neue Systematik der Honorarverteilung. Bundesweit bestimmten ab dem 1. Quartal 2009 RLV die Abrechnung der Praxen. Die Zuweisung des RLV für das Quartal I/2009 stehe unter den folgenden Vorbehalten, so dass gegebenenfalls Anpassungen notwendig würden: &61485; Die rechtlichen und tatsächlichen Grundlagen für die Zuweisungen stünden noch nicht definitiv fest. Neben der Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung seien die die gesetzlichen Vorgaben umsetzenden Beschlüsse bzw. Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene noch nicht endgültig bzw. noch nicht unanfechtbar. &61485; Die der Berechnung zugrunde gelegten Verhältnisse könnten sich nach der Zuweisung verändern. Dies betreffe Praxisgründungen, Praxisauflösungen, Praxisverlegungen, Praxisübernahmen, Wechsel der Arztgruppe, Wechsel des Versorgungsbereichs oder vergleichbare Sachverhalte. &61485; Aufgrund der Teilnahme an Verträgen nach §§ 73 b, 73 c oder 140 ff Sozialgesetzbuch (SGB) V. &61485; Aufgrund erforderlicher Anpassungen und Berechnungen.

Am 08.01.2009 erhob die Klägerin Widerspruch gegen die Zuweisung des RLV für das Quartal I/2009. Des Weiteren stellte sie einen Antrag zur Stützung der Honorarverluste durch die Beklagte.

Am 19.05.2009 beantragte die Klägerin die Erhöhung der Fallzahlen. Im Jahr 2008 habe eine Gemeinschaftspraxis bestanden. Insofern sei eine Fallzahlerhöhung im Sinne einer Praxisbesonderheit auf die Zeiten von 2007 vorzunehmen. Durch die Reduzierung der Praxis auf eine Durchschnittspraxis mit daraus folgender Abstufung werde die Versorgung von etwa 1.500 Patienten gefährdet. Mit ihrem individuellen Fallwert und den Fallzahlen liege sie deutlich höher als im Quartal IV/2008. Die hohe Fallzahl ihrerseits sei nicht durch eine willkürliche Fallvermehrung durch Wiedervorstellungstermine zu verantworten, sondern beruhe auf der Tatsache, dass sowohl 2002 als auch 2008 nach Auflösung der Gemeinschaftspraxen jeweils 200 bis 300 Patienten die Weiterbehandlung durch den ausgeschiedenen Praxispartner abgelehnt hätten. Außerdem sei die Zahl der Rheumatologen durch eine fehlerhafte Bedarfsplanung, die sich nicht an die Inhalte der Versorgung halte, zu verantworten.

Mit Bescheid vom 08.09.2009 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass die Berechnung des RLV ab dem Quartal I/2009 auf der Basis der von der Klägerin tatsächlich abgerechneten RLV-relevanten Fallzahlen vorgenommen werde, maximal werde die Fallzahl der ehemaligen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) aus dem Vorjahresquartal zugrunde gelegt. Nach Teil B § 10 Absatz 2 Honorarverteilungsvereinbarung (HVV) könne das Vorliegen eines außergewöhnlichen Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt habe, es rechtfertigen, dass Leistungen über das RLV hinaus mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet würden. Ein solcher Fall könne hier anerkannt werden, da nach Ausscheiden von Dr. W. die Situation eingetreten sei, dass die Klägerin die bisherigen Patienten allein weiterbetreue. Darüber hinaus sei jedoch eine Ausnahme von der fallzahlabhängigen Abstufung des RLV-Fallwertes nicht möglich, weshalb dem Antrag bzw. Widerspruch diesbezüglich nicht entsprochen werden könne.

Mit Honorarbescheid vom 07.10.2009 setzte die Beklagte das Honorar der Klägerin für das Quartal I/2009 auf 206.566,46 EUR fest. Die Berechnung stellte sich wie folgt dar: Fälle Honorar gesamt Honorar nach Konvergenz Abzug Praxisgebühr/ Zuzahlungen Euro Gutschrift Ersatzkassen Gesamt 837 52.996,05 59.905,94 -1.050,00 58.855,94 Primärkassen Gesamt 1.926 128.620,31 144.917,28 -2.290,00 142.627,28 Zwischenergebnis GKV 2.763 181.616,37 204.823,23 -3.340,00 201.483,23 Sonstige Kostenträger 14 1.743,24 1.743,24 0,00 1.743,24 Gesamtergebnis 2.777 183.359,61 206.566,47 -3.340,00 203.226,47

Leistungsart Ersatzkassen Euro Primärkassen Euro Sonstige Kostenträger Euro Gutschrift Euro 1. Regelleistungsvolumen RLV anerkannt RLV überschritten (quotiert vergütet) Fallwertzuschlag anerkannt Fallwertzuschlag überschritten (quotiert vergütet) Gesamt 23.122,98 4.154,99 3.750,45 663,23

31.691,65 53.318,86 9.580,91 9.879,55 1.747,10

74.526,41 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 76.441,84 13.735,90 13.630,00 2.410,33

106.218,07 2. Freie Leistungen Freie Leistungen Laborleistungen Wibo Laborkosten Kosten Euro Gesamt

2.899,75 0,00 17.913,95 490,70 21.304,40 7.057,40 0,00 45.905,25 1.131,25 54.093,90 1.344,45 97,44 293,10 8,25 1.743,24 11.301,60 97,44 64.112,30 1.630,20 77.141,54 Zwischenergebnis vor Konvergenz 52.996,05 128.620,31

1.743,24 183.359,61

3. Anpassung Konvergenz Abzug Stützung 0,00 6.909,89 0,00 16.296,97 0,00 0,00 0,00 23.206,86 Zwischenergebnis nach Konvergenz 59.905,94 144.917,28 1.743,24 206.556,47 4. Verrechnungen Verrechnungen Praxisgebühr Gesamt - 1.050,00 - 1.050,00

- 2.290,00 - 2.290,00 0,00 0,00 - 3.340,00 - 3.340,00 Gutschrift Gesamt 58.855,94 142.627,28 1.743,24 203.226,47

In der Anlage wies die Beklagte der Klägerin ein arztbezogenes RLV von 76.441,79 EUR zu. Der arztgruppenspezifische Fallwert wurde auf 41,82 EUR festgesetzt, da eine arztgruppenspezifische Erhöhung des RLV (bei Vorliegen der geforderten Qualifikation) nicht vorlag, betrug auch der arztindividuelle Fallwert 41,82 EUR. Die anerkannte RLV-relevante Fallzahl aus I/2008 wurde auf 2.726 festgesetzt, davon

Altersgruppe 0 bis 5 Altersgruppe 6 bis 59 Altersgruppe über 60 0 Fälle 1.438 Fälle 1.288 Fälle

Der arztindividuelle Anpassungsfaktor nach Altersklassen wurde auf 1,0018 festgesetzt. Hieraus ergab sich ein arztindividueller Fallwert nach Anpassung in Höhe von 41,90 EUR. Für die fallzahlabhängige Berechnung des RLV ergab sich Folgendes: Der Fallzahldurchschnitt der Arztgruppe lag bei 879. Für eine Fallzahl von 1.319 Fälle ergab sich bei einem Fallwert ohne Abstufung von 41,90 EUR ein Betrag von 55.266,10 EUR. Für 175 Fälle ergab sich bei einer Abstufung von 25 % ein Fallwert von 31,43 EUR und damit ein Betrag von 5.500,25 EUR. Bei 264 Fällen lag eine Abstufung von 50 % vor, so dass sich bei einem Fallwert von 20,95 EUR ein Betrag von 5.530,80 EUR ergab. Bei 968 Fällen ergab sich mit Abstufung von 75 %, ein Fallwert von 10,48 EUR und damit ein Betrag von 10.144,64 EUR.

Am 20.10.2009 erhob die Klägerin Widerspruch gegen den Bescheid vom 07.10.2009. Der RLV-Zuweisungsbescheid für das Quartal I/2009 sei nicht innerhalb der 4 Wochenfrist des [§ 87 b Absatz 5 S. 1 SGB V](#) (in der vom 01.07.2008 bis 22.09.2011 gültigen Fassung des Gesetzes vom 26.03.2007; im Folgenden: a.F.) erfolgt. Darüber hinaus sei der RLV-Zuweisungsbescheid nicht gem. [§ 35 SGB X](#) ausreichend begründet worden. Schließlich wende sie sich gegen die Beschlüsse des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses.

Mit Bescheid vom Dezember 2009 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass die im Oktober erstellte Honorarabrechnung für das Quartal I/2009, aufgrund von Antrags- und Widerspruchsentscheidungen sowie Konkretisierungen bei der RLV- und Konvergenzberechnung korrigiert werde. Sie setzte das Honorar für 2.777 anerkannte Fälle unter Zugrundelegung eines RLV von 76.761,54 EUR auf 204.709,23 EUR fest. Die Berechnung stellte sich wie folgt dar:

Fälle Honorar gesamt Honorar nach Konvergenz Abzug Praxisgebühr/ Zuzahlungen Euro Gutschrift Ersatzkassen Gesamt 837 53.104,14 60.345,75 -1.050,00 59.295,75 Primärkassen Gesamt 1.926 128.879,92 145.960,23 -2.290,00 143.670,23 Zwischenergebnis GKV 2.763

181.984,06 206.305,66 -3.340,00 202.965,99 Sonstige Kostenträger 14 1.743,24 1.743,24 0,00 1.743,24 Gesamtergebnis 2.777 183.727,30 208.049,23 -3.340,00 204.709,23

Leistungsart Ersatzkassen Euro Primärkassen Euro Sonstige Kostenträger Euro Gutschrift Euro 1. Regelleistungsvolumen RLV anerkannt RLV überschritten (quotiert vergütet) Fallwertzuschlag anerkannt Fallwertzuschlag überschritten (quotiert vergütet) Gesamt 23.219,70 4.134,80 3.790,35 654,90

31.799,74 53.541,87 9.534,35 9.984,65 1.725,15

74.786,02 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 76.761,57 13.669,14 13.775,00 2.380,05

106.585,76 2. Freie Leistungen Freie Leistungen Laborleistungen Wibo Laborkosten Kosten Euro Gesamt

2.899,75 0,00 17.913,95 490,70 21.304,40 7.057,40 0,00 45.905,25 1.131,25 54.093,90 1.344,45 97,44 293,10 8,25 1.743,24 11.301,60 97,44 64.112,30 1.630,20 77.141,54 Zwischenergebnis vor Konvergenz 53.104,14 128.879,92

1.743,24 183.727,30

3. Anpassung Konvergenz Abzug Stützung 0,00 7.241,61 0,00 17.080,32 0,00 0,00 0,00 24.321,93 Zwischenergebnis nach Konvergenz 60.345,75 145.960,23 1.743,24 208.049,23 4. Verrechnungen Verrechnungen Praxisgebühr Gesamt - 1.050,00 - 1.050,00

- 2.290,00 - 2.290,00 0,00 0,00 - 3.340,00 - 3.340,00 Gutschrift Gesamt 59.295,75 143.670,23 1.743,24 204.709,23

1. 1.1

1.2 1.2.1 1.2.2 1.2.3

1.3 1.4 1.5 1.6 1.7 1.8 Regelleistungsvolumen Anerkannte Leistungsforderung

Leistungsanforderung, die nicht dem RLV unterliegt: Leistungsanforderung außerhalb RLV Leistungsanforderung außerhalb MGV Fallwertzuschlag

RLV laut Bescheid 1/09 RLV-Bereinigung infolge Teilnahme HzV RLV nach Abzug RLV-Bereinigung infolge Teilnahme HzV (1.3-1.4) RLV-relevante Leistungsanforderung (1.1-1.2) Unterschreitung Überschreitung 242.798,94 EUR

75.398,30 EUR 0,00 EUR 25.173,75 EUR

76.761,54 EUR - - 142.226,89 EUR 0,00 EUR 65.465,35 EUR 2. Fallwertzuschlag Übersicht

Nr. Zuschlag Zuschlag Obergrenze EUR Zuschlag angefordert EUR Unter- schreitung EUR Über- schreitung EUR 1. Sonographie 0,00 0,00 0,00 0,00 2. Psychosomatik 0,00 0,00 0,00 0,00 3. Prokto-/Rektoskopie 0,00 0,00 0,00 0,00 4. Kleinchirurgie 0,00 0,00 0,00 0,00 5. Langzeit-EKG 0,00 0,00 0,00 0,00 6. Langzeit-Blutdruck 0,00 0,00 0,00 0,00 7. Spirometrie 0,00 0,00 0,00 0,00 8. Ergometrie 0,00 0,00 0,00 0,00 9. Chirotherapie 0,00 0,00 0,00 0,00 10. Diagn. Radiologie 13.775,00 25.173,75 0,00 11.398,75

3. 3.1 3.2 3.3 3.4 3.5 3.6 3.7 3.8 Fallwertzuschlag Verrechnung Zuschläge angefordert Nr. 1.-10. Überschreitung Nr. 1,2. und 10. Unterschreitung Nr. 3.-9. Überschreitung Nr. 3.-9. Überschreitung Nr. 3.-9. nach Verrechnung Überschreitung Nr. 1.-10. nach Verrechnung Nr. 3.-9. Überschreitung Nr. 1.-10. nach Verrechnung RLV Zuschläge anerkannt (3.1-3.7) 25.173,75 EUR 11.398,75 EUR 0,00 EUR 0,00 EUR 0,00 EUR 11.398,75 EUR 11.398,75 EUR 13.775,00 EUR 4. 4.1 4.2 4.3 4.4 Zusammenfassung RLV anerkannt RLV überschritten Fallwertzuschläge anerkannt Fallwertzuschläge überschritten 76.761,54 EUR 65.465,35 EUR 13.775,00 EUR 11.398,75 EUR

Mit Bescheid vom 28.06.2010 setzte die Beklagte das Ergebnis der endgültigen Abrechnung des Quartals I/2009, ohne Vorbehalt, auf 204.709,22 EUR fest. Sie führte aus, das Abrechnungsergebnis beinhalte einerseits die mit den Krankenkassen beschlossene Härtefallregelung für Ärzte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnahmen, andererseits sonstige individuelle Korrekturen, die aufgrund von Anträgen oder Widersprüchen notwendig geworden seien, und schließlich auch Korrekturen, die durch eine Neufestlegung des Trennungsfaktors Hausarzt/Facharzt und korrekte Fallzahlzuteilungen notwendig geworden seien. Im Ergebnis würden verschiedene Arztgruppen eine Nachzahlung erhalten, Honorarrückforderungen seien glücklicherweise nicht notwendig. In den Honorarunterlagen für das Quartal I/2009 seien richtiggestellt: &61485; Neuberechnung der RLV (Anlage zur Zuweisung des RLV - Berechnung je Arzt und Praxis), &61485; Neubemessung der nach Mengenbegrenzung durch RLV anerkannten und abgestaffelt honorierten Leistungsmenge (Anlage Honorarabrechnung - RLV - Abrechnungsnachweis), &61485; Neuberechnung der Konvergenz (Anlage zur Honorarabrechnung - Konvergenznachweis), &61485; Neufestsetzung des Honorars (Anlage Honorarzusammenstellung). Für die Klägerin ergab sich: Fälle Honorar gesamt Honorar nach Konvergenz Abzug Praxisgebühr/ Zuzahlungen Euro Gutschrift Ersatzkassen Gesamt 837 52.450,96 60.336,63 -1.050,00 59.286,63 Primärkassen Gesamt 1.926 127.364,18 145.969,35 -2.290,00 143.679,35 Zwischenergebnis GKV 2.763 179.815,14 206.305,98 -3.340,00 202.965,98 Sonstige Kostenträger 14 1.743,24 1.743,24 0,00 1.743,24 Gesamtergebnis 2.777 181.558,38 208.049,22 -3.340,00 204.709,22

Leistungsart Ersatzkassen EUR Primärkassen EUR Sonstige Kostenträger EUR Gutschrift EUR 1. Regelleistungsvolumen RLV anerkannt RLV überschritten (quotiert vergütet) Fallwertzuschlag anerkannt Fallwertzuschlag überschritten (quotiert vergütet) Gesamt 2. Freie Leistungen Freie Leistungen Laborleistungen Wibo Laborkosten Kosten Euro Gesamt 22.670,22 4.060,26 3.790,35 625,73

31.146,56

2.899,75 0,00 17.913,95 490,70 21.304,40 52.274,84 9.362,47 9.984,65 1.648,32

73.270,28

7.057,40 0,00 45.905,25 1.131,25 54.093,90 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00

1.344,45 97,44 293,10 8,25 1.743,24 74.945,05 13.422,73 13.775,00 2.274,05

104.416,84

11.301,60 97,44 64.112,30 1.630,20 77.141,54 Zwischenergebnis vor Konvergenz 52.450,96 127.364,18 1.743,24 181.558,38 3. Anpassung Konvergenz Abzug Stützung 0,00 7.885,67 0,00 18.605,17 0,00 0,00 0,00 26.490,84 Zwischenergebnis nach Konvergenz 60.336,63 145.969,35 1.743,24 208.049,22 4. Verrechnungen Verrechnungen Praxisgebühr Gesamt -1.050,00 -1.050,00 -2.290,00 -2.290,00 0,00 0,00 -3.340,00 -3.340,00 Gutschrift 59.286,63 143.679,35 1.743,24 204.709,22

1. 1.1

1.2 1.2.1 1.2.2 1.2.3

1.3 1.4 1.5 1.6 1.7 1.8 Regelleistungsvolumen Anerkannte Leistungsforderung

Leistungsanforderung, die nicht dem RLV unterliegt: Leistungsanforderung außerhalb RLV Leistungsanforderung außerhalb MG
Fallwertzuschlag

RLV laut Bescheid 1/09 RLV-Bereinigung infolge Teilnahme HzV RLV nach Abzug RLV-Bereinigung infolge Teilnahme HzV (1.3-1.4) RLV-relevante Leistungsanforderung (1.1-1.2) Unterschreitung Überschreitung 242.798,94 EUR

75.398,30 EUR 0,00 EUR 25.173,75 EUR

74.944,98 EUR - - 142.226,89 EUR 0,00 EUR 67.281,91 EUR 2. Fallwertzuschlag Übersicht

Nr. Zuschlag Zuschlag Obergrenze EUR Zuschlag angefordert EUR Unter- schreitung EUR Über- schreitung EUR 1. Sonographie 0,00 0,00 0,00 0,00 2. Psychosomatik 0,00 0,00 0,00 0,00 3. Prokto-/Rektoskopie 0,00 0,00 0,00 0,00 4. Kleinchirurgie 0,00 0,00 0,00 0,00 5. Langzeit-EKG 0,00 0,00 0,00 0,00 6. Langzeit-Blutdruck 0,00 0,00 0,00 0,00 7. Spirometrie 0,00 0,00 0,00 0,00 8. Ergometrie 0,00 0,00 0,00 0,00 9. Chirotherapie 0,00 0,00 0,00 0,00 10. Diagn. Radiologie 13.775,00 25.173,75 0,00 11.398,75

3. 3.1 3.2 3.3 3.4 3.5 3.6 3.7 3.8 Fallwertzuschlag Verrechnung Zuschläge angefordert Nr. 1.-10. Überschreitung Nr. 1,2. und 10. Unterschreitung Nr. 3.-9. Überschreitung Nr. 3.-9. Überschreitung Nr. 3.-9. nach Verrechnung Überschreitung Nr. 1.-10. nach Verrechnung Nr. 3.-9. Überschreitung Nr. 1.-10. nach Verrechnung RLV Zuschläge anerkannt (3.1-3.7) 25.173,75 EUR 11.398,75 EUR 0,00 EUR 0,00 EUR 0,00 EUR 11.398,75 EUR 11.398,75 EUR 13.775,00 EUR 4. 4.1 4.2 4.3 4.4 Zusammenfassung RLV anerkannt RLV überschritten Fallwertzuschläge anerkannt Fallwertzuschläge überschritten 74.944,98 EUR 67.281,91 EUR 13.775,00 EUR 11.398,75 EUR

Mit Widerspruchsbescheid vom 22.09.2011 wies die Beklagte die Widersprüche gegen den Zuweisungsbescheid des RLV zum Quartal I/2009 und gegen den Honorarbescheid zum Quartal I/2009 zurück. Die RLV-Zuweisung sei innerhalb der Frist des [§ 87b Absatz 5 Satz 1 SGB V](#) a.F. erfolgt, da lediglich eine Zuweisung vor Beginn des Geltungszeitraums erforderlich sei. Darüber hinaus seien die wesentlichen Gründe mitgeteilt worden, so dass kein Verstoß gegen [§ 35 SGB X](#) vorliege. Darüber hinaus sei der RLV-Zuweisungsbescheid auch materiell rechtmäßig. Der Honorarbescheid zum Quartal I/2009 sei ebenfalls formell und materiell rechtmäßig.

Am 26.10.2011 erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG). Zur Begründung machte sie - soweit im Berufungsverfahren noch von Interesse - geltend, die erstmalige Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Teil B des Beschlusses Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ([§ 87c Absatz 4 SGB V](#) in der vom 01.07.2008 bis 31.12.2011 geltenden Fassung vom 26.03.2007; im Folgenden: a.F.) sei nicht mit den gesetzgeberischen Vorgaben vereinbar. Der Gesetzgeber sehe in [§ 87 Absatz 2f SGB V](#) (in der ab 01.07.2008 geltenden Fassung vom 26.03.2007; im Folgenden: a.F.) zwingend vor, dass der Bewertungsausschuss bis 31.08. eines Jahres Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur vorgebe. Dieses habe der Bewertungsausschuss in Teil C des Beschlusses nicht umgesetzt. Außerdem habe der EBewA auch entgegen [§ 87b Absatz 3 Nummer \(gemeint wohl: Satz\) 6 SGB V](#) a.F. den Morbiditätsgesichtspunkt des "Geschlechts" in Teil F des Beschlusses nicht berücksichtigt. Soweit der Bewertungsausschuss die Vorgaben des Gesetzgebers fehlerhaft umgesetzt habe, würden die fehlerhaften Umsetzungen in der HVV perpetuiert. Somit würden dieselben Einwendungen, wie zuvor dargestellt, gelten.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Die angegriffenen Beschlüsse setzten die gesetzlichen Vorgaben zutreffend um bzw. verletzten die Klägerin zumindest nicht in ihren subjektiven Rechten.

Mit Urteil vom 24.10.2013 wies das SG die Klage ab. Die Klage sei zulässig, aber unbegründet. Die Bescheide der Beklagten vom 19.12.2008, 07.10.2009, Dezember 2009 und 28.06.2010 in Gestalt des Widerspruchbescheides vom 22.09.2011 seien rechtmäßig und verletzten die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Bescheide stünden in Einklang mit der diesen zugrunde liegenden Honorarverteilungsvereinbarung 2009 (abgeschlossen zwischen der Beklagten und den Baden-Württembergischen Krankenkassenverbänden gemäß [§ 83, 85 Absatz 4 Satz 2](#) i.V.m. [§ 87b SGB V](#) und auf der Basis der Beschlüsse des Erweiterten

Bewertungsausschusses vom 27./28.08. 17.10.2008 sowie deren Anpassungen und Ergänzungen für die Zeit ab dem 01.01.2009, im folgenden HVV 2009) sowie den der HVV 2009 zugrunde liegenden Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 sowie vom 17.10.2008 und 23.10.2008 (im folgenden Beschlüsse EBewA 2008), dies werde von der Klägerin nicht in Frage gestellt. Auch soweit die Klägerin die Vereinbarkeit der Beschlüsse EBewA 2008 und der HVV 2009 mit höherrangigem Recht rüge, fehle es an einer Rechtsverletzung der Klägerin, wobei die Klägerin grundsätzlich die Rechtmäßigkeit von Beschlüssen des Bewertungsausschusses im vorliegenden Verfahren geltend machen könne. Im Hinblick auf die im Berufungsverfahren noch relevanten Punkte führte das SG im Einzelnen aus, der (E)BewA habe insbesondere die gesetzlichen Vorgaben im Hinblick auf die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur sowie im Hinblick auf das Morbiditätskriterium "Geschlecht" eingehalten. [§ 87 Absatz 2f SGB V](#) a.F. bestimme, dass der für ärztliche Leistungen zuständige Bewertungsausschuss jährlich bis zum 31.08. Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur nach [§ 87a Absatz 2 Satz 2 SGB V](#) festlege, auf deren Grundlage in den regionalen Punktwertvereinbarungen von den Orientierungswerten nach Absatz 2e Satz 1 abgewichen werden könne. Der Bewertungsausschuss könne die zur Festlegung der Indikatoren erforderlichen Datenerhebungen und -auswertungen gemäß Absatz 3f Satz 3 a.F. durchführen; soweit möglich habe er bei der Festlegung der Indikatoren amtliche Indikatoren zugrunde zu legen. Als Indikatoren für das Vorliegen von regionalen Besonderheiten bei der Versorgungsstruktur dienten insbesondere Indikatoren, die Abweichungen der regionalen Fallzahlentwicklung von der bundesdurchschnittlichen Fallzahlentwicklung messen würden. Als Indikatoren für das Vorliegen von regionalen Besonderheiten bei der Kostenstruktur dienten insbesondere Indikatoren, die Abweichungen der für die Arztpraxen maßgeblichen regionalen Investitions- und Betriebskosten von den entsprechenden bundesdurchschnittlichen Kosten messen würden. Die Klägerin trage zu Recht vor, dass der Bewertungsausschuss keine Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur vorgegeben habe. Ebenfalls zutreffend merke sie an, dass das Gesetz zum damaligen Zeitpunkt keine Möglichkeit für den Bewertungsausschuss enthalten habe, von den Vorgaben abzuweichen. Jedoch führe die Rechtswidrigkeit des Beschlusses in diesem Punkt nicht unmittelbar zu einer Verletzung der Klägerin in ihren Rechten, da die Indikatoren für die regionalen Besonderheiten ausschließlich im Rahmen der Bildung der Euro-Gebührenwerte eine Rolle spielen würden und es im Ermessen der Gesamtvertragsparteien liege zu entscheiden, ob nach den vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Kriterien eine Anpassung der Euro-Gebührenwerte vorgenommen werde. Insoweit bestünden zwei unterschiedliche Rechtskreise (SG Marburg, Urteil vom 06.10.2010 – [S 11 KA 340/09](#), Rn. 162, zitiert nach juris). Im Rahmen der Vorschriften über regionale Besonderheiten sei die gesetzliche Konstruktion – anders als im Bereich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung – so ausgelegt, dass ein Umsetzungsakt auf Landesebene weiterhin notwendig bleibe, um dem gesetzlichen Auftrag Rechnung zu tragen. Vor diesem Hintergrund sei eine hypothetische Rechtsverletzung der Klägerin nur unter der Prämisse gegeben, dass in B.-W. tatsächlich von der Verhandlungsmöglichkeit zwischen den Parteien der Gesamtverträge Gebrauch gemacht worden wäre und dies zu Gunsten der Klägerin. Je nach Indikator wäre auch ein Abschlag auf die Gebührenwerte durchaus denkbar gewesen. Im Rahmen der Berücksichtigung der Euro-Gebührenordnung bei der individuellen Arztabrechnung sei zudem eine Benachteiligung der Klägerin nur denklogisch möglich, wenn diese ihr RLV nicht ausgeschöpft hätte und dementsprechend von höheren Euro-Gebührenwerten im Rahmen der Abrechnung im Quartal I/2009 auch profitiert hätte. Dies sei jedoch vorliegend gerade nicht der Fall. Vielmehr habe die Klägerin das ihr zugewiesene RLV ausweislich des Honorarbescheides für das Quartal I/2009 überschritten. Eine rechtliche Betroffenheit der Klägerin durch die fehlende Umsetzung der Vorgaben nach [§ 87 Absatz 2f SGB V](#) a.F. durch den Bewertungsausschuss sei damit ausgeschlossen. Darüber hinaus ergebe sich auch aus dem Urteil des BSG vom 27.06.2012, dass eine unmittelbare Betroffenheit der Klägerin nicht vorliege (BSG, Urteil vom 27.06.2012 – [B 6 KA 28/11 R](#) -, Rn. 71 zitiert nach juris). Hinsichtlich der hilfsweisen Ermittlung der Indikatoren mit Hilfe amtlicher Indikatoren ergebe sich nichts anderes.

[§ 87b Absatz 3 Satz 1 SGB V](#) a.F. bestimme, dass die Werte für die RLV nach Absatz 2 morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen seien. Nach Satz 4 sei die Morbidität nach Satz 1 mit Hilfe der Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen. Die Kammer gehe insoweit davon aus, dass der EBewA aufgrund der genauen Analyse des Datenmaterials festgestellt habe, dass sich das Kriterium Geschlecht nicht zur Abbildung der Morbidität eigne, da das abgerechnete Volumen durch dieses Kriterium nicht signifikant beeinflusst werde. Die Kammer halte es für nachvollziehbar und hinreichend plausibel, dass eine Analyse des Datenmaterials genau dieses Ergebnis ergeben habe. Insofern habe der Einheitliche Bewertungsausschuss keine Möglichkeit gehabt, die gesetzliche Grundlage in vernünftiger Weise umzusetzen (vgl. auch SG Marburg, Urteil vom 06.10.2010 – [S 11 KA 340/09](#), Rn. 166, zitiert nach juris). Darüber hinaus habe die Klägerin nicht substantiiert vorgetragen, inwieweit sie durch die Nichtberücksichtigung des Kriteriums Geschlecht beschwert sei.

Das Urteil wurde dem Klägervertreter am 27.12.2013 mittels Empfangsbekenntnis zugestellt.

Hiergegen richtet sich die am 27.01.2014 zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) erhobene Berufung, mit welcher die Klägerin nur noch die Nichtberücksichtigung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur sowie die Nichtberücksichtigung des Morbiditätskriteriums "Geschlecht" rügt. Dem Urteil des BSG vom 11.12.2013 ([B 6 KA 4/13 R](#)) könne insoweit nicht gefolgt werden. Der Gesetzgeber sehe in [§ 87 Abs. 2f SGB V](#) a. F. zwingend vor, dass der BewA bis 31.08. eines Jahres Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten vorgebe. Das Gesetz sehe keine Möglichkeit der Abweichung vor. Gleiches gelte für den Wortlaut des [§ 87b Abs. 3 Satz 6 SGB V](#) a.F., wonach die Morbidität nach Satz 1 mit Hilfe der Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen sei. Dies lasse gerade keinen Auslegungsspielraum zu. Es sei auch nicht nachvollziehbar, dass das abgerechnete Volumen durch dieses Kriterium nicht beeinflusst werde.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 24.10.2013, den Bescheid der Beklagten vom 08.09.2009 mit dem das Regelleistungsvolumen für das Quartal I/2009 zugewiesen wurde, sowie den Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal I/2009 vom 28.06.2010 jeweils in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.09.2011 aufzuheben und das von der Klägerin im Quartal I/2009 abgerechnete Honorar unbudgetiert durch die Beklagte zur Auszahlung zu bringen,

hilfsweise, die Beklagte zu verpflichten, der Klägerin ein höheres vertragsärztliches Honorar für das Quartal I/2009 zuzuerkennen,

höchsthilfsweise, die Beklagte zu verpflichten, erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über die Widersprüche der Klägerin zu entscheiden,

weiter höchsthilfsweise, den Anträgen im Schriftsatz vom 16.05.2014 (Bl. 48 der LSG-Akte, Bl. 12 des Schriftsatzes) nachzukommen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Entscheidung des BSG vom 11.12.2013 ([B 6 KA 4/13 R](#), in juris) sei zu folgen. Insbesondere soweit der EBewA keine Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur festgelegt habe, sei nach der zutreffenden Auffassung des BSG die Klägerin durch die fehlende Vorgabe von Indikatoren nicht beschwert. Das BSG habe bereits in seinem Urteil vom 21.03.2012 ([B 6 KA 21/11 R](#), in juris) entschieden, dass die Vertragspartner auf regionaler Ebene trotz fehlender Vorgaben nicht gehindert gewesen seien, nach eigener Entscheidung Zuschläge auf den oder Abschlüsse vom Orientierungspunktwert zu vereinbaren.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten, der Gerichtsakten des SG und der Berufungsakten des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegt nicht vor.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Soweit die Klägerin in der Berufung noch die Nichtberücksichtigung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur (hierzu unter 1.) sowie die Nichtberücksichtigung des Morbiditätskriteriums "Geschlecht" (hierzu unter 2.) in den Beschlüssen des (E)BewA und die Perpetuierung dieser Fehler in den nachrangigen Regelungen des HVV der Beklagten rügt, schließt sich der Senat insoweit den Ausführungen des BSG in seinem Urteil vom 11.12.2013 (- [B 6 KA 4/13 R](#) -, in juris) vollumfänglich an.

1. Danach ist der EBewA für das Jahr 2009 seiner Verpflichtung aus [§ 87c Abs 2 SGB V](#) a. F. zwar nicht in vollem Umfang nachgekommen, Vorgaben für die Ermittlung von Indikatoren iS des [§ 87 Abs 2f Satz 4 SGB V](#) a. F. vorzugeben. Zutreffend hat das BSG insoweit aber ausgeführt:

Die gesetzlichen Vorgaben für die Ermittlung derartiger Indikatoren sind allerdings nicht widerspruchsfrei, insbesondere deshalb, weil sie einerseits auf die Wirtschaftskraft der Bundesländer abstellen ([§ 87c Abs 2 SGB V](#) aF), andererseits den Vertragspartnern aber auch eine Richtschnur geben sollen, Zu- und Abschlüsse vom Orientierungswert zu vereinbaren, um "insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur" zu berücksichtigen ([§ 87a Abs 2 Satz 2 SGB V](#) aF). Hier kann die Wendung "regional" nur planungsbereichsbezogen gemeint sein, weil Gesamtverträge ohnehin nur - mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen - für ein Bundesland geschlossen werden. So fernliegend die Annahme des EBewA wäre, er könne keine Indikatoren für die Abweichung der Wirtschaftskraft eines Bundeslandes von der bundesdurchschnittlichen Wirtschaftskraft iS des [§ 87c Abs 2 SGB V](#) aF finden (zutreffende Kritik des SG Marburg - [S 11 KA 340/09](#) - RdNr 159), so wenig folgt aus diesem Befund für die hier allein relevanten regionalen Besonderheiten der Kosten- und Versorgungsstrukturen.

So klar es ist, dass hinsichtlich der Wirtschaftskraft zwischen Bayern, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern erhebliche Unterschiede bestehen, so schwierig ist es, diese Differenzen in Bezug auf die Kosten für die vertragsärztliche Tätigkeit entsprechend abzubilden. Das beruht vor allem darauf, dass innerhalb der einzelnen, oft recht großen KÄV-Bezirke möglicherweise die gesamte Spannweite der Kostenstrukturunterschiede, die sich auch in der Bundesrepublik finden lassen, zu verzeichnen ist. Einem einheitlichen Indikator für Bayern - begründet mit der hohen Wirtschaftskraft dieses Bundeslandes - würde sofort mit guten Gründen entgegengehalten werden, dass die Region Oberpfalz nicht mit der Region München gleich behandelt werden kann, und entsprechendes gilt sicher auch für den Erzgebirgskreis in Sachsen und die Stadt Leipzig - die, was etwa Immobilienpreise angeht - zu den eher teuren Gebieten der Bundesrepublik zählt. Entscheidend ist aber, dass die Klägerin durch potenziell defizitäre Ermittlungen des EBewA nicht beschwert ist. Der Senat hat in seinem Urteil vom 21.3.2012 - [B 6 KA 21/11 R](#) - ([BSGE 110, 258](#) = SozR 4-2500 § 87a Nr 1, RdNr 33 ff) ausgeführt, dass die fehlende Vorgabe von Indikatoren durch den EBewA die Vertragspartner auf regionaler Ebene nicht gehindert hat, nach eigener Entscheidung Zuschläge oder Abschlüsse von den Orientierungswerten zu vereinbaren. Die Vertragspartner durften nach [§ 87a Abs 2 Satz 2 SGB V](#) aF solche Zuschläge nur nicht unter Verwendung von Kriterien vereinbaren, die denen widersprechen, die der BewA (unterstellt) festgelegt hat. Die Regelung des [§ 87a Abs 2 Satz 2 SGB V](#) aF ist nicht in der Weise gefasst, dass ohne Vorgabe der Indikatoren zu Besonderheiten bei der Versorgungsstruktur durch den BewA jede Vereinbarung von Zuschlägen oder Abschlüssen von den Orientierungswerten im Hinblick auf regionale Besonderheiten ausgeschlossen gewesen wäre. Insoweit wirkt sich die unterbliebene Umsetzung der Ermächtigung an den BewA zur Festsetzung "regionaler Indikatoren" nicht auf die Höhe des RLV der klägerischen Praxis im Quartal I/2009 aus.

Diesen Ausführungen schließt sich der Senat nach eigener Prüfung an. Auch im vorliegenden Verfahren sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Partner der Gesamtverträge irgendeinen Anlass gesehen hätten, aus Gründen regionaler Besonderheiten innerhalb des KÄV-Bezirks für einzelne Städte oder Kreise Zuschläge zu den Orientierungswerten zu vereinbaren. Für die Stadt St., in der die Klägerin ihren Sitz hat, liegt diese Annahme besonders fern, weil nicht ansatzweise erkennbar ist, weshalb dort im Vergleich zu den anderen größeren Städten in Baden-Württemberg wie etwa K., M., F., H. oder auch U. eine signifikant abweichende - im Sinne von: höhere - Kostenstruktur hinsichtlich der für ihre Praxis relevanten Faktoren gegeben sein könnte.

2. Darüber hinaus setzt der angegriffene Beschluss in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des BSG auch [§ 87b Abs 3 Satz 6 SGB V](#) a. F. um. Hiernach soll der BewA zur Ermittlung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen auch das Kriterium "Geschlecht" berücksichtigen. Der EBewA hat dazu in seinem Beschluss vom 27./28.8.2008 in Teil F Nr 3.2.2 festgestellt, dass durch dieses Kriterium eine signifikante Beeinflussung des abgerechneten Leistungsvolumens - bezogen auf die Gesamtheit der vertragsärztlichen Leistungen - nicht aufgezeigt wird.

Soweit die Klägerin das mit dem Hinweis in Frage stellt, dass die Lebenserwartung von Männern und Frauen unterschiedlich sei, wird das der hier maßgeblichen Fragestellung nicht gerecht. Insoweit weist das BSG zutreffend darauf hin:

"Es geht in [§ 87b Abs 3 Satz 6 SGB V](#) aF nicht pauschal darum, ob die Krankenkassen insgesamt statistisch für eine weibliche Versicherte mehr Geld aufwenden als für einen männlichen, sondern darum, ob sich in der vertragsärztlichen Versorgung bezogen auf alle Arztgruppen und alle Altersstufen von Versicherten bei Frauen eine höhere Morbidität messen lässt als bei Männern. Das bedarf statistischer Ermittlungen, die weder durch Hinweise auf Banalitäten - sehr hoher Anteil weiblicher Versicherter bei Gynäkologen - noch durch Spekulationen - Frauen gehen häufiger zum Arzt als Männer - ersetzt werden können. Wenn die dem EBewA vorliegenden Abrechnungsdaten insoweit - über alle Arztgruppen gesehen - keine signifikanten Abweichungen ergeben, die auf eine geschlechtsspezifisch messbar abweichende Morbidität hindeuten, ist der EBewA seinem Auftrag nachgekommen. Der Gesetzgeber kann nicht vorgeben, dass die Realität anders ist, als sie sich tatsächlich darstellt. Er könnte allenfalls normativ bestimmen, dass die Morbidität weiblicher Versicherter um einen bestimmten Faktor höher zu gewichten ist als bei männlichen. Das ist in [§ 87b Abs 3 Satz 6 SGB V](#) aF indessen nicht geschehen."

Diesen Ausführungen schließt sich der Senat ebenfalls nach eigener Prüfung an.

3. Eine Beiladung des Vorsitzenden des EBewA sieht [§ 75 SGG](#) im Übrigen nicht vor. Eine Beiladung des EBewA im Hinblick auf die nur mittelbare Prüfung der Wirksamkeit dessen Beschlusses war ebenfalls nicht veranlasst (vgl. Leitherer, in Mayer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. A., § 75 Rdnr. 8 mwN).

Bei dem Antrag auf Beiziehung der Unterlagen handelt es sich um keinen Beweisantrag, sondern allenfalls um einen Beweisermittlungsantrag. Der Senat musste sich im Übrigen auch nicht zur weiteren Beweiserhebung gedrängt fühlen. Die Beiziehung der dem EBewA vorliegenden Abrechnungsdaten und ihre statistische Auswertung sind als Basis der Entscheidung des EBewA grundsätzlich nicht beziehungspflichtig. Dies gilt umso mehr, als die Klägerin keine substantiierten Einwände oder gegenteilige statistische Daten mit Relevanz für ihre Praxis vorgelegt hat.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-04-15