L 12 KA 37/15

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 28 KA 648/13
Datum
23.01.2015
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 37/15
Datum
11.05.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Gemäß § 87 b Abs. 2 Satz 2 SGB V hat der Verteilungsmaßstab der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen. Der Kassenärztlichen Vereinigung ist bei der Umsetzung der hierzu getroffenen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 87 b Abs. 4 Satz 2 SGB V ein weites Gestaltungsermessen eingeräumt. Die Kassenärztliche Vereinigung ist nicht verpflichtet, die Vorgaben unverändert in ihren Verteilungsmaßstab zu übernehmen.
I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Januar 2015, S 28 KA 648/13, wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt im Rahmen der Zuweisung des Regelleistungsvolumens (RLV) einen höheren Aufschlag für standortübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften. Die Klägerin ist eine in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts betriebene überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG). Sie besteht aus den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Mitgliedern MVZ A-Stadt, Dr. G. , H. , Dr. V. , A-Stadt, Dr. R. , R. sowie Dr. A. B. , B-Stadt.

Mit Schreiben vom 13.08.2012 informierte die Beklagte die Klägerin über die RLV- und QZV-Obergrenze. Danach betrug die Obergrenze im Quartal , jedoch noch ohne BAG-Zuschlag, 220.242,06 EUR.

Mit Honorarbescheid vom 13.02.2013 wurde für die Klägerin eine saldierte Gesamthonorarsumme von 1.221.214,43 EUR (davon 1.219.750,58 EUR für das Quartal 3/12) ausgewiesen. Für die Klägerin wurde dabei laut dem Obergrenzen-Abrechnungsnachweis unter Berücksichtigung eines 10%igen BAG-Zuschlags (Kooperationsgrad von 28,68 %) eine Obergrenze in Höhe von 236.723,91 EUR ermittelt. Die Klägerin überschritt diese Obergrenze im Quartal um 38.128,11 EUR.

Mit Schreiben vom 06.03.2013, eingegangen am 11.03.2013, legte die Klägerin Widerspruch gegen den Honorarbescheid 3/12 ein. Sie wies u.a. darauf hin, dass sie durch Patienten-, Ärzte- und Mitarbeitertransfer eine überörtliche kooperative Versorgungsstruktur leben würde. Sie böte nur an den Standorten in A-Stadt und H. ambulante Operationen an, im Übrigen an allen Standorten die wohnortnahe chirurgische/orthopädische Grundversorgung sowie subspezialisierte Sprechstunden im verminderten zeitlichen Umfang. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) habe in ihren Vorgaben in Teil D zur Umsetzung der Förderung der kooperativen Behandlung von Patienten in den dafür gebildeten Versorgungsformen in den Honorarverteilungsmaßstäben dem gesetzlichen Regelungsziel des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes auch für standortübergreifende fachübergreifende BAG angemessen Rechnung getragen. Die dort vorgeschlagene Regelung in Teil D Nr. 2c für die BAG-Zuschläge gelte in gleicher Weise sowohl für nicht standortübergreifende als auch für standortübergreifende fachübergreifende BAG. Hiervon weiche die Beklagte mit ihrer HVM -Regelung (3.2.5.) ab. Die Beklagte verstoße, indem sie beim BAG-Zuschlag standortübergreifende fachübergreifende BAG ungleich den nicht standortübergreifenden fachübergreifenden BAG behandele, trotz ihres großen Gestaltungsspielraums gegen das Gebot der leistungsproportionalen Vergütung und der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Wegen des Kooperationsgrades von 28,68 % wäre ein Anpassungsfaktor von 25 % analog zu den nicht standortübergreifenden, fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften anzusetzen gewesen. Diese Ungleichbehandlung, durch die der Klägerin pro Quartal ein Verlust von ca. 25.000 EUR entstünde, sei unverhältnismäßig und nicht nachvollziehbar.

Die Beklagte wies den Widerspruch, soweit er sich auf die Höhe des BAG-Zuschlags bezog, mit Widerspruchsbescheid vom 19.06.2013 zurück. Zur Begründung führte sie u.a. aus, dass die KBV den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Ausgestaltung der Zuschlagsregelung einen weiten Gestaltungsspielraum eingeräumt habe. Die Beklagte habe insbesondere die Kooperationsformen an einem Praxisstandort als förderungswürdig angesehen. Dabei habe sie bei ihrer Ermessensausübung insbesondere das Interesse der Patienten berücksichtigt. Der besondere Vorteil für den Patienten sei darin zu sehen, dass er bei gemeinsamer ärztlicher Berufsausübung an einem Ort ein breites Spektrum an ärztlichen Leistungen angeboten bekomme, ohne weite Wege in Kauf nehmen zu müssen und die Praxisöffnungszeiten an diesem Praxisort flexibler gestaltet werden könnten. Diesen Vorzug für die Patienten sehe die Beklagte bei standortübergreifenden Kooperationsformen nicht in diesem Maße gegeben. Eine sachwidrige Ungleichbehandlung liege nicht vor, da vorliegend ein wesentlicher Unterschied in der Standortbezogenheit zu sehen sei.

Die Klägerin hat am 22.07.2013 Klage zum Sozialgericht München erhoben. Sie ist der Auffassung, dass die Beklagte die von der KBV in ihren Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V geregelte Struktur und Systematik der BAG-Zuschläge "auf den Kopf gestellt habe". Darin habe die KBV in Teil D 2.c. bestimmt, dass, wenn Tatbestände für die Berücksichtigung vorliegen, zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehene Versorgungsformen das zu erwartende praxisbezogene Honorar "in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, ..., unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht werden" kann. Die KBV unterscheide nicht zwischen standortübergreifenden und nicht standortübergreifenden BAGs. Bei Anwendung dieser Regelung würde die Klägerin eine Honorarerhöhung von 25 % erhalten. Die Regelung B Nr. 3.2.5 Abs. I b) des HVM der Beklagten trage den Kooperationen in Form von überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften entgegen den Vorgaben der KBV nicht angemessen Rechnung. Denn darin sei bestimmt, dass nur nicht standortübergreifenden, fach- und schwerpunktübergreifenden BAG und MVZ die höheren Kooperationsgrade bzw. Honorarerhöhungen gewährt werden und standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden BAG und MVZ dagegen nicht. Auch liege ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vor, da zwischen standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden BAG und MVZ und nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden BAG und MVZ keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestünden, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt sei. Es liege auch ein Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG vor, da wesentlich Gleiches willkürlich ungleich behandelt werde, ohne dass dafür ein sachlicher Grund vorläge. Der wahre Grund, der allerdings verschwiegen werde, sei, dass die Beklagte einer Entwicklung entgegentreten wolle, die zur Gründung von vielen standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen sowie fach- und schwerpunktverschiedenen BAG bzw. MVZ geführt habe, um entsprechende Honorarzuschläge allein aufgrund dieses Zusammenschlusses zu generieren, ohne dass tatsächlich gemeinsame Leistungen für den Patienten erbracht würden. Dies sei aber bei der Klägerin gerade nicht der Fall. Die Beklagte verweist insbesondere darauf, dass die KBV den Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Ausgestaltung der BAG-Zuschlagsregelung einen weiten Gestaltungsspielraum eingeräumt habe.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 23. Januar 2015 abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf eine höhere Vergütung durch Gewährung eines erhöhten BAG-Zuschlags. Gem. § 87b Abs. 2 Satz 2 1. HS SGB V habe der Verteilungsmaßstab der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen. § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V normiere, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3 zu bestimmen hat; dabei sei das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 seien von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten (§ 87b Abs. 4 Satz 3 SGB V). Die KBV habe entsprechend diesem Gesetzesauftrag Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V gemacht; Teil D beinhalte Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen (Stand 30.07.2012). Gem. Teil D Nr. 1 prüfe die Kassenärztliche Vereinigung, ob Tatbestände für eine angemessene Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen bei der Honorarverteilung vorliegen. Lägen Tatbestände für eine Berücksichtigung vor, könne zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen das zu erwartende praxisbezogene Honorar erhöht werden (Teil D Nr. 2). Hinsichtlich der Höhe des Zuschlags differenziere die KBV im Einzelnen zwischen nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe, standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe sowie fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind. Von den in dem Vorschlag gem. Ziff. 2 zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angegebenen Werten könne nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung abgewichen werden (Teil D Nr. 3). Gem. Teil D Nr. 4 sei die Regelung in Ziff. 2 auch nur in einzelnen Punkten anwendbar. Von den vorgeschlagenen Zuschlägen gem. Ziff. 2 könne die Kassenärztliche Vereinigung abweichende Regelungen festlegen, um der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen (Teil D Nr. 5). Bedenken hinsichtlich der Vorgehensweise der KBV, die vom Gesetzgeber vorgesehenen, von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachtenden Vorgaben lediglich als "Vorschlag" auszugestalten und den Kassenärztlichen Vereinigungen Abweichungsbefugnisse einzuräumen, bestünden nicht. Nach Auffassung der Kammer sei den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den in Teil D eingeräumten Abweichungsbefugnissen ein weiter Gestaltungsspielraum hinsichtlich der Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen übertragen worden. Dies ergebe sich aus den Regelungen Teil D Nr. 3, 4 und 5 sowie insbesondere aus der Ausgestaltung der in Teil D Nr. 2 vorgeschlagenen Regelung als "kann"-Regelung. Von diesen Abweichungsbefugnissen habe die Beklagte Gebrauch gemacht und in ihrem, von der Vertreterversammlung am 24.03.2012 beschlossenen Honorarverteilungsmaßstab, gültig ab 01.07.2012, die "RLV-Erhöhung für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten" geregelt (B Nr. 3.2.5 Abs. I b). Danach werde das nach Teil E, Anlage 3, Nr. 5 ermittelte praxisbezogene RLV a) bei standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten einer oder mehrerer Arztgruppen gemäß Teil E, Anlage 1, Nr. 3 um 10 Prozent erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10% erreicht wird. b) bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe gemäß Teil E, Anlage 1, Nr. 3 um 10 Prozent erhöht. c) In nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gemäß Teil E, Anlage 1, Nr. 3 tätig sind, wird das RLV unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht. Lt. der im Honorarverteilungsvertrag aufgeführten Tabelle kann je nach Kooperationsgrad ein Anpassungsfaktor in Höhe von bis zu 40% erreicht werden. Unterschreitet der Kooperationsgrad einer Praxis den Wert von 10 Prozent, so wird bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden Praxen ein Anpassungsfaktor in Höhe von 10 Prozent festgelegt, soweit eine der Arztgruppen gemäß Teil E,

Anlage 1 Nr. 3 durch mehrere Teilnehmer in der Praxis vertreten ist.

Die Beklagte habe den ihr eingeräumten Gestaltungsspielraum bei der Normierung der Regelung B Nr. 3.2.5 Abs. I b des Honorarverteilungsmaßstabs rechtmäßig ausgeübt. Sie habe, indem sie RLV-Erhöhungen bei standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten einer oder mehrerer Arztgruppen, bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe und bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten (teilweise unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades) geregelt habe, der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen grundsätzlich angemessen Rechnung getragen. Insbesondere sei die Vorschrift vom Grundsatz her auch geeignet, Kooperationen in Form von standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften einer oder mehrerer Arztgruppen angemessen Rechnung zu tragen. Dass hier das Erreichen eines Kooperationsgrades von mindestens 10% gefordert werde, stehe dem Ziel der angemessenen Berücksichtigung von Kooperationen nicht entgegen.

Entgegen der Auffassung der Klägerin liege es auch innerhalb des Gestaltungsspielraums der Beklagten, von der Grundstruktur bzw. Grundkonzeption des Vorschlags der KBV in Teil D Nr. 2 der Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V abzuweichen und die Zuschläge für nicht standortübergreifende, fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften (teilweise deutlich) höher zu bemessen als die für die standortübergreifenden, fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften. Die Vorgaben der KBV enthielten keine Anhaltspunkte, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer Abweichungsbefugnisse an die Grundstruktur, den Wesenskern o.ä. des "Vorschlags" der KBV gebunden wären. Die in Streit stehende Regelung der Beklagten sei im Übrigen auch nicht unvertretbar oder unverhältnismäßig. Es liege auch kein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vor (Art. 12 Abs. 1 iVm. Art. 3 Abs. 1 GG). Die Entscheidung der Beklagten, nicht standortübergreifende fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gemäß Teil E, Anlage 1, Nr. 3 tätig sind, im Vergleich zu standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten einer oder mehrerer Arztgruppen - im Fall eines Kooperationsgrades von über 15% - höhere RLV-Zuschläge zu gewähren, sei mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar. Das maßgebliche Kriterium der Standortbezogenheit - standortübergreifend oder nicht standortübergreifend - rechtfertige grundsätzlich die von der Klägerin beanstandeten unterschiedlich hohen BAG-Zuschläge. Das Gericht weise in diesem Zusammenhang darauf hin, dass auch die KBV teilweise hinsichtlich des Kriteriums Standortbezogenheit differenziere. Während nach dem Vorschlag der KBV nicht standortübergreifende fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe grundsätzlich einen Aufschlag i.H.v. 10% erhielten, erhielten standortübergreifende fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppen diesen nur, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10% erreicht werde (Teil D Nr. 2 a. und b.). Im Übrigen seien die von der Beklagten im Widerspruchsbescheid angeführten Erwägungen für die Kammer nachvollziehbar. Danach habe die Beklagte insbesondere die Kooperationsformen an einem Praxisstandort als förderungswürdig angesehen und dabei bei ihrer Ermessensausübung insbesondere das Interesse der Patienten berücksichtigt. Der besondere Vorteil für den Patienten sei nach Auffassung der Beklagten darin zu sehen, dass er bei gemeinsamer ärztlicher Berufsausübung an einem Ort ein breites Spektrum an ärztlichen Leistungen angeboten bekomme, ohne weitere Wege in Kauf nehmen zu müssen und die Praxisöffnungszeiten an diesem Praxisort flexibler gestaltet werden könnten. Diesen Vorzug für die Patienten sehe die Beklagte bei standortübergreifenden Kooperationsformen nicht in diesem Maße gegeben. Mit diesen Erwägungen bewege sich die Beklagte innerhalb des ihr eingeräumten Gestaltungsspielraums, der nicht der Überprüfungsbefugnis des Gerichts unterliege. Es sei nicht zu beanstanden, wenn die Beklagte mit den von ihr angeführten Gründen der Patientenversorgung vor Ort einen höheren Stellenwert einräume als der überörtlichen Patientenversorgung. Hierin sei auch kein Verstoß gegen gesetzgeberische Anliegen erkennbar. Insbesondere sei kein Widerspruch zur Gesetzesbegründung zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ersichtlich. Die Klägerin weise zwar zutreffend darauf hin, dass die Beklagte - insbesondere zur Verhinderung eines Missbrauchs von überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften - alternativ die Möglichkeit gehabt hätte, die Höhe des Zuschlags auch bei den standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten einer oder mehrerer Arztgruppen von dem jeweiligen Kooperationsgrad abhängig zu machen. Die Entscheidung dieser Frage falle jedoch letztendlich auch in den der Beklagten obliegenden Gestaltungsspielraum.

Hiergegen wendet sich die Klägerin mit ihrer Berufung vom 03.03.2015 zum Bayerischen Landessozialgericht und wiederholt im Wesentlichen ihre bisherige Begründung. Die Klägerin habe auch die nachfolgenden Quartale bis einschließlich 1/14 beklagt mit einem insgesamt entgangenen Honorar in Höhe von ca. 175.000 EUR.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 23.01.2015, S 28 KA 648/13 sowie den Honorarbescheid des Beklagten vom 13.02.2013 (Quartal 3/12) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.06.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu verbescheiden.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des SG für zutreffend. Sie weist zunächst darauf hin, dass ein Großteil des von der Klägerin erwirtschafteten Honorars nicht der Obergrenze unterliege und die von der Klägerin geltend gemachte wirtschaftliche Bedeutung dieses Verfahrens nicht nachvollziehbar sei. Unter Einbeziehung der Folgequartale bis einschließlich 1/14 mit einem Gesamthonorar von ca. 9,3 Millionen EUR sei die Zuschlagsregelung nur von untergeordnetem Rang. Im Übrigen sei - worauf erneut hinzuweisen sei -, der BAG-Zuschlag für die Klägerin nicht verwehrt oder gekürzt worden, sondern lediglich nicht in der gewünschten Höhe zugestanden. Weiter übersehe die Klägerin, dass die Regelung zum BAG-Zuschlag aufgrund der der Beklagten eingeräumten Gestaltungsspielräume auch in anderer Art und Weise hätte umgesetzt werden können. Der Gestaltungsspielraum erstrecke sich nicht nur darauf, ob eine entsprechende Regelung zur Förderung von kooperativen Versorgungsformen durch die Beklagte eingeführt werde, sondern auch dahingehend, wie diese Regelung inhaltlich ausgestaltet und umgesetzt werden könne. Auch ein Ermessensfehlergebrauch sei nicht zu erkennen. Das Kriterium der Standortbezogenheit sei auch zur Festlegung der Förderung und als Differenzierungsmerkmal zwischen den verschiedenen Kooperationsformen geeignet. Die Berufungsklägerin verkenne zudem, dass sich bei der Berechnung des BAG-Zuschlags um einen Teil der Obergrenzenberechnung handle. Der BAG-Zuschlag erhöhe das Regelleistungsvolumen und damit die Obergrenze, bis zu der die Leistungen

mit dem vollen EBM-Wert vergütet würden. Im Ergebnis bemängele die Klägerin nicht einen Honorarverlust, sondern eine enttäuschte Umsatzerwartung, die allerdings nicht durch den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit geschützt sei. Mit Schreiben vom 27.4.2016 widerspricht der Prozessbevollmächtigte der Klägerin den Ausführungen der Beklagten zur wirtschaftlichen Bedeutung. Unabhängig davon, dass auch die Quartale nach 1/14 mit Widerspruch angegriffen worden seien (Gesamtverlust ca. 293.000,- Euro), könne es für die Rechtmäßigkeit des Begehrens nicht darauf ankommen, wie hoch das Gesamthonorar der Klägerin sei. Auch die Wortspiele der Beklagten ("Kürzung" des Honorars) treffe nicht zu, es gehe lediglich um die ihrer Auffassung nach unrechtmäßige Umsetzung der Vorgaben der KBV zu Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen. Hiervon habe die Beklagte - wie bereits umfassend ausgeführt - nicht in der von ihr umgesetzten Art und Weise zulasten standortübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften abweichen dürfen. Sie habe auch nach wie vor nicht schlüssig und nachvollziehbar erläutert, aus welchen Gründen die standortübergreifende BAG und MVZ weniger förderungswürdig sein sollten, also im Vergleich angeblich weniger Versorgungsleistungen bzw. Versorgungseffizienz erbringen würden. Zudem seien die Honorarnachteile der Klägerin keine enttäuschten Umsatzerwartungen, vielmehr hätte ihr bei einer korrekten Umsetzung der KBV-Vorgaben der höhere Zuschlag in Höhe von 25 % statt nur 10 % zugestanden.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte der Beklagten, die Akten des Sozialgerichts München mit dem Az. S 28 KA 648/13 sowie die Berufungsakte L 12 KA 37/15 zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren weiteren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Auch die in zweiter Instanz vorgetragenen Argumente, die im Wesentlichen denen der 1. Instanz entsprechen, führen zu keinem anderen Ergebnis.

Letztlich geht es darum, ob die Beklagte in ihrem HVM (3.2.5 I b a) von den Vorgaben der KBV insofern abweichen durfte, als sie standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden BAGs nicht die Anpassungsfaktoren nach Teil D Ziffer 2c, sondern lediglich 10 % zugebilligt hat. Dies hat das SG mit zutreffender Begründung, der sich der Senat anschließt, bejaht, § 153 Abs. 2 SGG.

Gem. § 87b Abs. 2 Satz 2 1. HS SGB V hat der Verteilungsmaßstab der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen. § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V normiert, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3 zu bestimmen hat; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten (§ 87b Abs. 4 Satz 3 SGB V). In welcher Art und Weise die Kassenärztliche Vereinigung die Vorgabe umsetzt, steht in ihrem Ermessen, da das Gesetz hierzu keine Vorgaben macht. Es muss sich lediglich um Regelungen handeln, die zur Erreichung des angestrebten Zwecks geeignet sind (vgl. RegE GKV-VStG, BT-Drucks. 17/6906 S. 65 f. zu § 87b). In erster Linie dürften finanzielle Vergünstigungen in Betracht kommen. Dies rechtfertigt sich daraus, dass der anfallende Behandlungsaufwand pro Patient bei der Behandlung durch eine kooperative Versorgungsform im Vergleich zur Behandlung durch eine Einzelpraxis höher ist, da in der kooperativen Versorgung oftmals mehrere Ärzte an der Behandlung beteiligt sind (FraktE-GMG, BT-Drucks. 15/1525 S. 105 zu § 87 Abs. 2a = M 015 S. 72, Engelhard in Hauck/Noftz, SGB, 12/13, § 87b SGB V, Rn. 117). Die Kassenärztliche Vereinigung hat jedoch lediglich die Vorgaben der KBV zu beachten. Es handelt sich hierbei um eine abstrakt-generelle Regelung, die der Beklagten ein weites Gestaltungsermessen einräumt. Das Grundkonzept der KBV der "Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen" in Ziff. 2 sieht eine Zuschlagsregelung zum Teil abhängig vom Kooperationsgrad vor, also eine finanzielle Förderung der Kooperationsformen. Von dieser Grundkonzeption ist die Beklagte nicht abgewichen und hat damit ihr Gestaltungsermessen abstrakt generell eingehalten. Insbesondere führt die KBV unter D. 2. aus, dass die Regelung in Ziff. 2 auch nur in einzelnen Punkten anwendbar ist. Zudem wird in Ziff. 5 ausgeführt, dass von den vorgeschriebenen Zuschlägen abweichende Regelungen festgelegt werden können. Genau dies hat die Beklagte mit der von ihr getroffenen Regelung umgesetzt. Sie hatte die Regelung in Ziffer 2. der Vorgaben in ihrem HVM für fach- und schwerpunktgleiche BAGs sowie für nicht standortübergreifende fach- und schwerpunktübergreifende BAGs unverändert übernommen und nur für standortübergreifende fach- und schwerpunktübergreifende BAGs eine abweichende Regelung festgelegt, indem der Anpassungsfaktor und damit den Zuschlag bei einem Kooperationsgrad ab 10 % auf einen Zuschlag von 10 % festgeschrieben wurde. Diese Abweichung hält sich - wie das SG zutreffend ausführt - innerhalb des Gestaltungsspielraums der Beklagten. Dass die Beklagte durchaus auch eine andere Regelung hätte treffen können, ist der Klägerin zuzugeben, die Beklagte hat sich hier jedoch für die im HVM niedergelegte Variante entschieden und damit ihren Gestaltungsspielraum nicht ermessensfehlerhaft ausgefüllt, der insbesondere regionalen Gegebenheiten mehr Rechnung trägt. Hätte die KBV die Zuschlagsregelungen in ihren Vorgaben als nicht veränderbar vorgegeben, hätte es insbesondere der Regelungen in Ziffer 3 - 5 nicht bedurft. Zudem wäre die Ziff. 2 nicht als Vorschlag, sondern als verbindliche Vorgabe gekennzeichnet gewesen.

Das SG hat daher die Klage zu Recht abgewiesen. Die Berufung war demnach zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung stützt sich auf § 197a SGG iVm. § 154 Abs. 2 VwGO.

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht erkennbar (§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2016-11-15