

L 5 KA 2/16

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 3 KA 19/12

Datum
31.07.2015
2. Instanz
LSG Hamburg

Aktenzeichen
L 5 KA 2/16

Datum
02.08.2018

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt eine Neubescheidung seiner Honoraransprüche für das Quartal IV/2010 mit Blick auf die Vergütung der Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) 01510, 01511 und 01512. Er wendet sich gegen die Budgetierung der Vergütung für diese Leistungen.

Der Kläger ist als Facharzt für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Hämatologie und Onkologie zur vertragsärztlichen Versorgung in H. zugelassen. Er nimmt an der "Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten - Onkologie-Vereinbarung" teil.

Durch bestandskräftigen Bescheid vom 1. September 2010 wies die Beklagte dem Kläger ein Regelleistungsvolumen (RLV) für das Quartal IV/2010 in Höhe von 23.248,22 EUR zu. Dem lagen zugrunde eine Basisfallzahl von 452, ein arztgruppenspezifischer Fallwert von 49,69 EUR, eine Berechnungsfallzahl von 452 und eine Altersstrukturquote von 1,0351. Zudem erhielt der Kläger qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) für Praxisklinische Betreuung 2h in Höhe von 9.17,85 EUR, Praxisklinische Betreuung 4h in Höhe von 11.987,20 EUR, Praxisklinische Betreuung 6h in Höhe von 4.254,36 EUR und Transfusionen in Höhe von 1.248,44 EUR zugewiesen. Die Summe aus RLV und QZV betrug 49.747,07 EUR.

Mit Bescheid vom 3. März 2011 wies die Beklagte dem Kläger sein Honorar für das Quartal III/2010 zu. Dieser Bescheid ist Gegenstand des Verfahrens L [1 KR 1/16](#).

Mit Bescheid vom 24. Mai 2011 wies die Beklagte dem Kläger für das Quartal IV/2010 ein Honorar in Höhe von insgesamt 84.972,66 EUR zu. Das dem Kläger zugewiesene RLV von 23.248,22 EUR hatte der Kläger mit der angeforderten Vergütung von 31.151,92 EUR um 7.903,70 EUR überschritten, das zugewiesene QZV Praxisklinische Betreuung 2h von 9.017,85 EUR hatte der Kläger mit der Anforderung in Höhe von 16.324,56 EUR um 7.306,71 EUR überschritten, das zugewiesene QZV Praxisklinische Betreuung 4h von 11.987,20 EUR hatte der Kläger mit der Anforderung in Höhe von 13.058,94 EUR um 1.080,74 EUR überschritten, das zugewiesene QZV Praxisklinische Betreuung 6h von 4.254,36 EUR hatte der Kläger mit der Anforderung in Höhe von 3.339,36 EUR um 915,00 EUR unterschritten und das zugewiesene QZV Transfusionen von 1.248,44 EUR hatte der Kläger mit der angeforderten Vergütung in Höhe von 1.913,60 EUR um 665,16 EUR überschritten. Die nach Verrechnung verbleibende Überschreitung von insgesamt 16.041,31 EUR vergütete die Beklagte quotiert mit 1.520,64 EUR. Das Honorar im Bereich RLV/QZV belief sich damit insgesamt auf 51.267,71 EUR.

Mit seinem Widerspruch gegen die Honorarabrechnung des Quartals IV/2010 bemängelte der Kläger, dass es zu einer drastischen Abstaffelung der tagesklinischen Leistungen gekommen sei. Bei der Therapie von Tumorkranken seien enge Vorgaben durch die Onkologie-Vereinbarung, Leitlinien, Tumorkonferenzbeschlüsse und ärztliche Ethik sowie die Vorschriften zum Off-Label-Use zu berücksichtigen. Da Tumorkranken akut bedroht seien, könne er die Therapie nur in einem sehr engen Zeitraum terminlich steuern. Auch rechnerisch liege ein Fehler vor, da im Quartal IV/2008 mehr als doppelt so viele Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01511 erbracht worden seien als im Quartal IV/2010.

Mit Schreiben vom 20. Juni 2011 beantragte der Kläger die Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Er begründete seinen Antrag insbesondere damit, dass er seine Praxis erst seit dem Jahr 2002 unter Budgetbeschränkungen aufgebaut habe, mit dem hohen

Behandlungsaufwand bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen, dem hohen Durchschnittsalter seiner Patienten, der Schwere der Erkrankungen und den häufigen und arbeitsintensiven Arzt-Patienten-Kontakten.

Die Beklagte lehnte den Antrag des Klägers auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten mit Bescheid vom 13. September 2011 mit der Begründung ab, dass sich die Versorgung durch seine Praxis nicht wesentlich von der seiner Kollegen in der Gruppe der Fachärztlichen Internisten mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie unterscheide. Der Anteil der Tumorpatienten in Relation zur Gesamtfallzahl liege in seiner Praxis bei ca. 66 Prozent. Der Durchschnitt seiner Fachkollegen hingegen liege bei 78 Prozent. Im Bereich der Praxisklinischen Betreuung nach den GOP des EBM 01510 bis 01512 weise seine Praxis einen Anteil an der Gesamtfallzahl in Höhe von 23 Prozent auf, die Fachgruppe liege hier im Durchschnitt bei 26 Prozent. Die Anerkennung einer Praxisbesonderheit aus Sicherstellungsgründen sei daher nicht möglich. Der Kläger legte auch gegen diesen Bescheid Widerspruch ein.

Mit Bescheid vom 17. November 2011 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers gegen die Honorarabrechnungen für die Quartale III/2010 und IV/2010 zurück. Die Honorarabrechnungen seien nach den verbindlichen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen durchgeführt worden.

Auf die hiergegen am 19. Dezember 2011 erhobene Klage zum Aktenzeichen [S 3 KA 207/11](#) = L 1 KA 1/16 hin hat das Sozialgericht das Verfahren betreffend die Honorarabrechnung für das hier streitgegenständliche Quartal IV/2010 zur gesonderten Verhandlung und Entscheidung abgetrennt.

Mit Bescheid vom 27. März 2013 hat die Beklagte eine Anpassung der QZV aufgrund einer Praxisbesonderheit im Bereich der Praxisklinischen Betreuungen 2h und 4h für die Quartale III/2010 bis II/2012 vorgenommen. Es sei festgestellt worden, dass die Anforderung deutlich über dem Durchschnitt der Fachgruppe liege und einen hohen Anteil der insgesamt abgerechneten Leistungen ausmache. Das Honorar sei unter Anwendung der fachgruppendurchschnittlichen Budgetierungsquote neu berechnet worden. Im Quartal III/2010 habe sich bei einer Vergütungsquote des Klägers im QZV Praxisklinische Betreuung 2h von 55 Prozent im Vergleich zur Quote der Arztgruppe von 77 Prozent eine Gutschrift in Höhe von 4.411,82 EUR ergeben. Im Quartal IV/2010 habe sich bei einer Vergütungsquote des Klägers im QZV Praxisklinische Betreuung 2h von 62 Prozent im Vergleich zur Quote der Arztgruppe von 81 Prozent eine Gutschrift in Höhe von 3.155,50 EUR ergeben. Der Kläger hat sich auch gegen diesen Bescheid mit Widerspruch und Klage gewendet. Die Nachvergütungen seien nicht geeignet, die beklagten Honorarverluste auszugleichen.

Mit Urteil vom 31. Juli 2015 hat das Sozialgericht die Klage gegen die Honorarabrechnungen für das Quartal IV/2010 abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt, der Bescheid der Beklagten vom 24. Mai 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. November 2011 stehe in Einklang mit dem zugrunde liegenden Verteilungsmaßstab (VM) nach [§ 85 Abs. 4 Satz 2](#) in Verbindung mit [§ 87b SGB V](#) vom 23. April 2010, der im Quartal III/2010 gegolten habe, den diesem VM zugrunde liegenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 und den gesetzlichen Vorgaben für die Honorarverteilung. Die gesetzlichen Vorgaben der [§§ 87b Abs. 1 Satz 1, Abs. 2](#) und 3 SGB V seien im streitigen Quartal III/2010 vom Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 umgesetzt worden. Nach Ziffer 2.1 des Abschnitts I i.V.m. Anlage 2 kämen für die Arztgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie, der der Kläger angehöre, RLV zur Anwendung. Die Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531) seien nach den Bestimmungen des Beschlusses innerhalb der RLV zu vergüten. Diese Einbeziehung sei zum hier streitigen Quartal III/2010 erfolgt und nicht zu beanstanden. Die vom Kläger in diesem Verfahren beanstandete Budgetierung der Vergütung der Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge entstehe nicht erst durch die Einführung entsprechender QZV, sondern folge bereits aus der vom Bewertungsausschuss vorgesehenen neuen Vergütungsstruktur, nach der eine weitgehende Einbeziehung der bisher außerhalb der RLV zu vergütenden sogenannten freien Leistungen in die RLV vorgegeben gewesen sei. Bis zum Beschluss vom 26. März 2010 hätten die Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531) nicht dem RLV unterlegen, sondern seien extrabudgetär vergütet worden. Mit Wirkung vom 1. Juli 2010 habe der Bewertungsausschuss in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 einen Beschluss gefasst, der Vorgaben zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV mache und einen Abzug von Leistungen der praxisklinischen Betreuung und Nachsorge nach den GOP 01510 bis 01531 nicht mehr vorsehe. Diese Leistungen unterfielen damit seitdem grundsätzlich den RLV. Diese Vorgabe stehe im Einklang mit den gesetzlichen Regelungen. Dem Bewertungsausschuss als Normgeber stehe bei der Erfüllung des ihm übertragenen Regelungsauftrags ein Gestaltungsspielraum zu. Im Zusammenhang mit der Festlegung von RLV beziehe sich der Gestaltungsspielraum auch auf die Entscheidung, für welche Arztgruppen RLV vorgesehen würden und für welche nicht und ob und wenn ja welche Leistungen außerhalb der RLV vergütet werden. [Art. 3 GG](#), der dabei zu beachten sei, sei nicht verletzt.

Eine willkürliche Ungleichbehandlung gegenüber der Fachgruppe der Strahlentherapeuten liege nicht vor, denn im sehr speziellen Bereich der Strahlentherapie bestehe nur eine ge-ringe Gefahr der Leistungs- und Mengenausweitung, da nur wenige spezifische Leistungen auf Überweisung erbracht würden. Die Ungleichbehandlung sei daher sachlich gerechtfertigt.

Eine willkürliche Gleichbehandlung sei auch nicht gegenüber den Ärzten der Arztgruppe des Klägers erkennbar, die nicht an der Onkologie-Vereinbarung teilnähmen. Denn insoweit finde eine Erstattung zusätzlicher Kosten nach den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516 und 86518 außerhalb der MGV statt. Eine weitere Differenzierung innerhalb der Arztgruppe des Klägers sei im Rahmen der allgemeinen Vergütungssystematik unter Gleichbehandlungsaspekten nicht zwingend.

Dass die Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531) bis einschließlich zum Quartal II/2010 nicht dem RLV zugeordnet waren, ändere an der Rechtmäßigkeit dieser Regelungen nichts. Dem Bewertungsausschuss sei die laufende Anpassung der Regelungen aufgegeben, was ein schützenswertes Vertrauen auf den status quo ausschließe.

Eine Vergütung der Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge außerhalb der RLV sei auch mit Blick auf [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) nicht zwingend. Danach könnten vertragsärztliche Leistungen 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 notwendig sei. Diese Entscheidung, welche Leistungen außerhalb der RLV zu vergüten seien, habe der Bewertungsausschuss in Abschnitt I Ziffer 2.3 des Beschlusses vom 26. März 2010 in das Ermessen der Partner der Gesamtverträge gestellt. Dass die Gesamtvertragspartner von dieser Ermächtigung im Hinblick auf die Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und

Nachsorge keinen Gebrauch gemacht hätten, sei nicht zu beanstanden. Eine möglichst weitgehende Zuordnung der Leistungen zu den RLV sei beabsichtigt und erforderlich. Der Bewertungsausschuss habe nach den nachvollziehbaren Schilderungen der Beklagten in der mündlichen Verhandlung mit der Einbeziehung der vormals im Wege des Vorwegabzuges außerhalb der RLV vergüteten Leistungen auf eine Mengenentwicklung reagiert, die dazu geführt habe, dass der Honoraranteil für nicht budgetierte Leistungsbereiche zu Lasten des Honoraranteils für durch die RLV budgetierte Leistungsbereiche vergrößert worden sei. Diese Einbeziehung diene damit der Stabilisierung der RLV und rechtfertige eine weitestgehende Gleichbehandlung der Arztgruppen und Leistungen. Im Falle des Klägers seien keine Besonderheiten von solchem Gewicht ersichtlich, dass ausschließlich eine Vergütung der Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge außerhalb der RLV/QZV rechtmäßig sei.

Die Regelungen des Bewertungsausschusses seien auch im Übrigen zutreffend auf den Kläger angewandt worden. Die gesetzlichen Vorgaben und Regelungen des Bewertungsausschusses seien durch den zwischen der Beklagten und den Hamburger Gesamtvertragspartnern auf Krankenkassenseite geschlossenen VM umgesetzt worden.

Danach habe die Kalkulation der Vorwegabzüge, die Kalkulation der versorgungsbereichs-spezifischen Verteilungsvolumina, der Etablierung eines Verfahrens bei der Berechnung des RLV für Arztgruppen mit kleinen Besetzungszahlen, die Fortentwicklung der Arztgruppensystematik und die Ausgestaltung der QZV der Beklagten oblegen. Nach § 7 Abs. 2 der Anlage A zum VM kämen RLV für Arztgruppen gemäß der Regelung der KV H. (Arztgruppenliste) und QZV gemäß der Regelung der KV H. (QZV-Liste) aufgeführte Arztgruppen und Leistungsbereiche zur Anwendung. Die Berechnung der QZV erfolge nach § 7 Abs. 3 gemäß Anlage 8 der Beschlüsse des EBA. Dabei werde die Art des QZV (RLV-fallbezogen, leistungsfallbezogen oder arztbezogen) entsprechend in der QZV-Liste ausgewiesen. Nach § 7 Abs. 4 seien QZV nach Anlage 3 zu Beschluss Teil F der Beschlüsse des EBA, die nicht in der QZV-Liste aufgeführt seien, mit den RLV für Arztgruppen nach der Arztgruppenliste entsprechend Ziffer 2.1 Absatz 2 und Ziffer 3.3 Absatz 3 des Beschlusses Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA zusammengefasst.

Damit seien die dargestellten bundesrechtlichen Vorgaben auf regionaler Ebene umgesetzt worden. Bei der Ausgestaltung des VM hätten die Vertragspartner, abgesehen von der Bindung an höherrangiges Recht, eine weitgehende Gestaltungsfreiheit.

Die QZV-Liste sehe für die Arztgruppe des Klägers leistungsfallbezogene QZV für Gastroenterologie I, Psychosomatik, Praxisklinische Betreuung 2h, Praxisklinische Betreuung 4h, Praxisklinische Betreuung 6h und Transfusionen vor. In der QZV-Liste sei damit abweichend von Anlage 3 zum Beschluss Teil F für die Arztgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie keine QZV für Dringende Besuche, Labor-Grundpauschale, Schmerztherapeutische Grundversorgung, Übende Verfahren, Sonographie II, Sonographie III, Teilradiologie, Ulcus cruris, CVI, Unvorhergesehene Inanspruchnahme und Verordnung medizinischer Rehabilitation vorgesehen worden. Diese QZV seien nach § 7 Abs. 4 der Anlage A des VM mit den RLV der Arztgruppe zusammengefasst. Dies entspreche der Regelung in Abschnitt I Ziffer 2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses.

Der VM sehe auf Antrag Korrekturmöglichkeiten bei Fallzahlerhöhungen aus besonderen Gründen, zur Anpassung des RLV in Fällen von Praxisbesonderheiten und zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste vor und biete so Raum auch für eine abweichende Anwendung seiner honorarbegrenzend wirkenden Regelungen in den benannten Fällen; darüber hinaus bestehe die durch die Rechtsprechung anerkannte Möglichkeit zur Reaktion auch auf unbenannte Härten in Ausnahmefällen. Ein Antrag auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten sei vom Kläger auch gestellt worden, die hierauf ergangenen Bescheide seien jedoch Gegenstand eines weiteren Klageverfahrens.

Entgegen der Auffassung des Klägers könne aus der Vergütungshöhe im Verhältnis zur Entwicklung der Leistungsanforderung nicht der Rückschluss gezogen werden, dass die Berechnung der RLV/QZV fehlerhaft sei oder gar der Vergütungsanteil der Arztgruppe verkleinert worden sein müsse. Zum Quartal III/2010 sei es vielmehr zu einer grundlegenden Änderung der Honorarverteilung gekommen, in deren Zuge vormals unbudgetiert vergütete Leistungen in die RLV einbezogen und einer Budgetierung unterworfen worden seien. Andererseits seien zur Stabilisierung der RLV-Fallwerte Leistungsbereiche, die vormals in das RLV der Arztgruppe einbezogen gewesen seien, in die QZV ausgegliedert worden. Das RLV-Vergütungsvolumen sei entsprechend bereinigt worden, was im Ergebnis ein Absinken des RLV-Fallwerts zur Folge gehabt habe.

Auch aus § 72 Abs. 2 SGB V oder nach dem aus [Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 GG](#) abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit habe der einzelne Vertragsarzt keinen Anspruch auf eine bestimmte Honorarhöhe. Ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar komme erst dann in Betracht, wenn die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet sei. Im Rahmen von [Art. 12 Abs. 1 GG](#) sei der vorzunehmende Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen der Vertragsärzte und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten erst dann nicht mehr verhältnismäßig, wenn in einem Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr bestehe, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet sei. Diese Voraussetzungen seien vorliegend nicht erkennbar und würden von dem Kläger auch nicht behauptet.

Der Kläger hat gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 4. Dezember 2015 zugestellte Urteil am 4. Januar 2016 Berufung eingelegt, mit welcher er vorträgt, Ausgangspunkt sei die Anlage 2 zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 mit welchem als außerhalb des RLV zu vergütende Leistung auch die ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01513) bezeichnet worden sei, weil es sich insoweit um eine besonders förderungswürdige, wegen der besonderen Veranlassung als nicht begrenzungsgeeignet angesehene Leistung gehandelt habe. Obwohl es in der Folgezeit bei der ambulanten praxisklinischen Betreuung keine Mengenausweitung der extrabudgetären Leistungen gegeben habe, seien diese zusammen mit allen anderen extrabudgetären Leistungen ab dem 1. Juli 2010 in das RLV-Volumen überführt worden und hätten fortan ebenfalls der Budgetierung unterlegen. Dies hätte zu einer Erhöhung des RLV-Vergütungsvolumens für Hämato-/Onkologen führen müssen, Allein in H. hätten indes die Vertragspartner von der nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses grundsätzlich gegebenen Möglichkeit Gebrauch gemacht, ein QZV für die ambulante praxisklinische Betreuung für Hämato-/Onkologen zu bilden. Hierfür gebe es keine Rechtfertigung. Es habe schon keine Veranlassung bestanden, diese ehemals extrabudgetär vergütete Leistung in das RLV einzubeziehen, zur Bildung zusätzlicher QZV bestehe ebenfalls keine Veranlassung. Eine Abstimmung mit dem Berufsverband habe es insoweit nicht gegeben, entsprechende Behauptungen der Beklagten würden bestritten. Für den Kläger habe dieses – durch die Minderung des RLV-Vergütungsvolumens wegen der Überführung in ein QZV –

einen doppelt negativen Effekt gehabt: trotz gleich gebliebener Honorarforderungen habe er nicht nur das ihm zugewiesene RLV erheblich überschritten, auch das gebildete QZV habe bei weitem nicht ausgereicht für eine dem Orientierungspunktwert nahekommende Vergütung. Dies sei nicht allein damit erklärbar, dass die praxisklinische Betreuung erstmals budgetiert worden sei. Vielmehr müsse die Beklagte ohne dies offenzulegen den Anteil der Hämato-/ Onkologen an der Gesamtvergütung vermindert haben mit der Folge, dass die RLV- und QZV-Fallwerte völlig unzureichend seien und das Leistungsgeschehen nicht mehr annähernd abbildeten. Hierfür biete der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 keine Rechtsgrundlage. Man behaupte daher und beantrage dies ggfs. durch ein Sachverständigengutachten zu beweisen, dass der Anteil der Arztgruppe Hämato-/ Onkologen an der Gesamtvergütung sich ab dem Quartal III/2010 relativ und absolut vermindert habe. Eine gesteuerte Mengenausweitung sei doch bei der ambulanten tagesklinischen Betreuung und Nachsorge überhaupt nicht möglich, weil sie stets im Zusammenhang mit einer Chemotherapie erbracht werde und streng vom Krankheitsbild des Patienten abhängt. Schon dieser Umstand lege den Schluss nahe, dass es in diesem Bereich nicht zu einer Mengenausweitung gekommen sein könne. Auch sei nach Einführung der QZV die Leistungsmenge nicht gesunken, sondern nur die Vergütung der Hämato-/Onkologen. Konsequenter Weise sei daher ab dem Quartal I/2014 die praxisklinische Betreuung aus den ab dem Quartal IV/2013 geltenden individuellen Leistungsbudgets (ILB) wieder herausgenommen worden.

Soweit der Bewertungsausschuss in der Anlage 2 zum Beschluss vom 26. März 2010 Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie ausnahmslos den RLV unterworfen habe, die Fachärzte für Strahlentherapie indes nicht, obwohl man doch dasselbe Behandlungsziel verfolge, verstoße der Beschluss gegen [Art. 3 GG](#). An die Indikationsstellung für Strahlen- und Chemotherapie bestünden gleich hohe Anforderungen. Eine Gefahr der Mengenausweitung bestehe in beiden Fällen nicht. Jede Überdosierung der einen wie der anderen Therapie sei Körperverletzung mit möglicherweise verheerenden Folgen. Der Beschluss des Bewertungsausschusses sei daher mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) unvereinbar. In Anbetracht der inzwischen verstrichenen Zeit könne dem nur noch dadurch begegnet werden, dass die von Hämato-/ Onkologen durchgeführten Leistungen der Chemotherapie nicht den Regelleistungsvolumina unterfielen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 31. Juli 2015 sowie die Honorarabrechnung der Beklagten für das Quartal IV/2010 vom 25. Mai 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. November 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt.

Die Beklagte trägt vor, nach den Informationen der Beigeladenen zu 2. sei es sehr wohl auch im Bereich der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge zu einer Mengenausweitung gekommen. Dafür, an diesen Angaben zu zweifeln, gebe es keine Anhaltspunkte. Diese Leistung aus den Mitteln der MGV zu vergüten, sei der Beklagten aufgrund der durch den Bewertungsausschuss ab 1. Juli 2010 neu geregelten Vergütungsstruktur erlaubt. Von der vom Bewertungsausschuss grundsätzlich eingeräumten Möglichkeit, QZV für weitere Leistungen zu vereinbaren, hätten die Vertragspartner in H. Gebrauch gemacht. Damit habe man in einer heterogenen Arztgruppe wie den Hämato-/ Onkologen zu einer sachgerechten Honorarverteilung kommen wollen. Der Behauptung, der Vergütungsanteil dieser Arztgruppe sei verdeckt verringert worden, werde widersprochen. Die Beklagte hat hierzu Zahlenmaterial vorgelegt.

Ein Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#) liege nicht vor, denn der Bewertungsausschuss habe keine Regelung getroffen, die dazu führe, dass eine Vergütung nur einer Arztgruppe gewährt werde, obwohl eine andere Arztgruppe die zugrunde liegende Leistung auch erbringe bzw. erbringen könne. Die jeweilige Therapieleistung sei bei Strahlentherapeuten und Hämato-/Onkologen eben nicht dieselbe. Eine Vergleichbarkeit liege daher nicht vor.

Die Beigeladene zu 1. trägt vor, die ab dem 1. Juli 2010 geltende neue Systematik habe vorgesehen, dass mit Ausnahme der probenuntersuchenden Arztgruppen und Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen keine weiteren Leistungen innerhalb der MGV ohne Mengensteuerung vergütet würden. Eines der Kernelemente dabei sei die Einführung der QZV anstelle der bisherigen freien Leistungen gewesen. Diese seien für alle Arztgruppen nach der gleichen Systematik gebildet worden: Wenn eine Leistung von mindestens 3 % und max. 50 % der Ärzte einer Arztgruppe erbracht worden sei, seien sie durch QZV vergütet worden. Hätten mehr als 50 % der Ärzte einer Arztgruppe die Leistung erbracht, so sei der Bewertungsausschuss davon ausgegangen, dass es sich um eine Leistung handele, die im Rahmen der RLV zu vergüten sei. Die streitgegenständlichen Leistungen hätten daher grundsätzlich der RLV-Systematik unterlegen, die Beklagte habe darüber hinaus von der Öffnungsklausel Gebrauch gemacht und für die streitgegenständlichen Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge eigene QZV gebildet. Das Bundessozialgericht (BSG) habe bereits zu der Vorgängerregelung entschieden, dass dem Bewertungsausschuss im Zusammenhang mit der Festlegung von RLV ein Gestaltungsspielraum zustehe, der sich auch auf die Entscheidung beziehe, für welche Arztgruppen RLV vorgesehen seien und für welche nicht und ob und wenn ja, welche Leistungen außerhalb der RLV zu vergüten seien. Nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 seien darüber hinaus die RLV und QZV für alle Fachgruppen, deren Leistungen innerhalb der MGV vergütet worden seien, nach gleichen Kriterien gebildet worden. Vor diesem Hintergrund sei für die Annahme sachfremder oder willkürlicher Erwägungen kein Raum. Bei dem Vergleich mit den strahlentherapeutischen Leistungen übersehe der Kläger, dass diese schon deshalb nicht den RLV unterfallen könnten, weil sie aufgrund einer Bundesempfehlung außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung vergütet würden worden. Hierbei seien die Besonderheiten der strahlentherapeutischen Leistung berücksichtigt. So sei die Strahlentherapie aufgrund der erforderlichen baulichen Maßnahmen und der erheblichen Investitions- und Instandhaltungskosten durch einen sehr hohen Fixkostenanteil gekennzeichnet. Zudem würden nur wenige sehr spezifische Leistungen erbracht, und Strahlentherapeuten dürften auch gemäß § 13 Abs. 4 Satz 1 BMV-Ä nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Es handele sich im Vergleich zu den von der Fachgruppe des Klägers angebotenen Leistungen um unterschiedliche Leistungen und gerade nicht um dieselbe Leistung.

Die Beigeladene zu 2 schließt sich diesem Vortrag an und weist darauf hin, dass die Bildung von Honorartöpfen automatisch dazu führe,

dass die vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem EBM im selben Verhältnis, sondern abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich unterschiedlich vergütet würden. Diese Entwicklung sei von der Rechtsprechung stets akzeptiert worden. Dem System der Honorartöpfe sei immanent, dass bei unterschiedlichen Leistungsdynamiken die Vergütungshöhe zwischen den Arztgruppen differierten. Ein Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#) liege in einem solchen Fall nicht vor.

Der Kläger hat auf diese Stellungnahmen repliziert, das von der Beklagten präsentierte Zahlenmaterial könne seine gravierende Honorarminderung nicht erklären und sei daher unglaubwürdig. Die QZV-Fallwerte führten dazu, dass eine leitliniengerechte Chemotherapie bei ca. 2 Leistungen pro Patient pro Quartal überhaupt nicht möglich sei. Das Ergebnis der Honorarverteilung sei daher auch nicht im Ansatz plausibel.

In der mündlichen Verhandlung vom 2. August 2018 hat der Kläger den folgenden Beweisantrag gestellt:

"Zu der Behauptung, dass der Anteil der Arztgruppe der Hämato-Onkologen an der Gesamtvergütung sich ab dem Quartal III/2010 im Vergleich zu den Vorquartalen I/2009 bis II/2010 relativ und absolut vermindert hat, beantrage ich die Einholung eines Sachverständigengutachtens."

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Prozessakte sowie der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist statthaft ([§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere ist sie form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) eingelegt worden. Sie ist indes nicht begründet.

Die auf Aufhebung der angefochtenen Verwaltungsakte und Verurteilung zur Neubeschheidung gerichtete Klage war zulässig. Insbesondere ist der Kläger durch die angefochtenen Entscheidungen auch beschwert, ohne dass hierzu eine konkrete Summe ermittelt werden müsste. Soweit hier unklar ist, ob die vom Kläger begehrte Herauslösung der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531) aus dem QZV und deren Vergütung innerhalb des RLV überhaupt zu einem höheren Honorar des Klägers geführt hätte, begründen nach der Rechtsprechung des BSG unrechtmäßige Honorarverteilungsmaßstäbe einen Anspruch auf Neubeschheidung (vgl. nur Urteil vom 17.2.2016, [B 6 KA 34/15 R](#) – juris).

Die Berufung ist indes nicht begründet, denn ein Anspruch auf Aufhebung der angefochtenen Bescheide und Neubeschheidung steht dem Kläger nicht zur Seite. Die Vergütung der Leistungen nach GOP 01510, 01511 und 01512 im Rahmen von QZV anstelle der extrabudgetären Vergütung im streitbefangenen Quartal ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der im Quartal IV/2010 geltende VM, auf dessen Grundlage die Beklagte über den Honoraranspruch des Klägers entschieden hat, entsprach sowohl den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) a.F. (in der seinerzeit maßgeblichen, bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14. November 2003, [BGBl I 2190](#)) i.V.m. [§ 87b SGB V](#) (in der maßgeblichen, bis 22. September 2011 geltenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007, [BGBl I 378](#)) als auch den Vorgaben des Bewertungsausschusses in seinem Beschluss vom 26. März 2010.

Der Senat schließt sich insoweit den ausführlichen und zutreffenden Gründen des sozialgerichtlichen Urteils an und sieht nach eigener Überprüfung der Sach- und Rechtslage nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab. Lediglich ergänzend ist auf Folgendes hinzuweisen:

Steht die Herausnahme der Leistungen nach GOP 01510 bis 01512 aus der extrabudgetären Vergütung (wobei die Leistungen der GOP 01510 bis 01512 bis zum Quartal II/2010, wie die Beklagte zurecht vorträgt, zwar innerhalb der MGV, aber eben außerhalb der Regelleistungsvolumina zu den vollen Preisen der Gebührenordnung vergütet wurden) ebenso wie die diesbezügliche Bildung von QZV im Einklang mit den (gesetzgeberischen) Vorgaben, so kommt es auf die Frage, in welchem Umfang in diesem Bereich Mengenausweitungen möglich sind, nicht mehr an. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass sich dieser Bereich Mengenausweitungen bzw. -umschichtungen keineswegs entzieht. Die Schnelligkeit der Verabreichung von Infusionen ist steuerbar und eine langsamere Infusion mit der Folge der Überschreitung des Schwellenwertes von 2, 4 oder 6 Stunden in aller Regel medizinisch unbedenklich, was die Beteiligten in der mündlichen Verhandlung auch bestätigt haben. Letztlich kommt es aber, wie ausgeführt, hierauf nicht an.

Für die vom Kläger aufgestellte Behauptung, man habe den Anteil der klägerischen Arztgruppe an der Gesamtvergütung vermindert, gibt es keinerlei Anhaltspunkte, die Ermittlungen "ins Blaue hinein" rechtfertigen würden. Aus dem von der Beklagten vorgelegten Zahlenmaterial (Anlage B 2, Bl. 201 PA und die Tabelle auf Bl. 191 PA) ergibt sich nämlich, dass das Verteilungsvolumen aller Fachärzte in den Quartalen III/2009 bis II/2010 zwischen ca. 53.000.000 EUR und 62.500.000 EUR geschwankt hat, im Quartal III/2010 rund 62.000.000 EUR und im Quartal IV/2010 rund 61.000.000 EUR betrug. Das Verteilungsvolumen der Fachärzte im Schwerpunkt Hämato-/Onkologie schwankte III/2009 bis II/2010 zwischen rund 382.000 EUR und rund 520.000 EUR, im Quartal III/2010 betrug es rund 1.034.000 EUR, im Quartal IV/2010 rund 1.052.000 EUR was nach den nachvollziehbaren Angaben der Beklagten darauf zurückzuführen ist, dass die Umschichtung der Vergütungsanteile der ehemals freien Leistungen im Ergebnis das RLV/QZV-Gesamt volumen angehoben hat. Die Berechnung erfolgt dabei nicht, wie der Kläger meint, "nach Gefühl und Wellenschlag", sondern nach den Formeln der Anlagen 6 (RLV) und 8 (QZV) des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 und zwar, wie die Beklagte in der mündlichen Verhandlung ausgeführt hat, automatisiert, wobei die Voraussetzungen des § 8 VM vom Programm automatisch mit geprüft werden.

Dass der QZV-Fallwert die EBM-Bewertung der Leistungen 01510 bis 01512 nicht "abdeckt", stellt keinen Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit oder den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung dar. Das BSG hat wiederholt betont, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄVen) bei der Ausformung des VM einen Gestaltungsspielraum haben, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Norm, nämlich einer Satzung, ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist. Zu beachten sind dabei allerdings insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars sowie der aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Das bedeutet indessen nicht, dass gleiche

Leistungen stets gleich vergütet werden müssen. Beide Prinzipien stellen vielmehr nur Grundsätze dar, von denen aus sachlichem Grund abgewichen werden darf (aaO). In ständiger Rechtsprechung hat das BSG die Bildung von Honorarkontingenten für die einzelnen Arztgruppen als rechtmäßig angesehen. Die sachliche Rechtfertigung für die Bildung von Honorartöpfen folgt aus dem Bestreben, dass die in [§ 85 Abs. 3 bis 3c SGB V](#) normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw. Leistungsbereichen gleichmäßig auswirken und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern. Dadurch werden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihre vertragsärztlichen Einnahmen sicherer kalkulieren können. Ein Honorartopf kann dabei nach höchstrichterlicher Rechtsprechung durchaus auch Leistungen erfassen, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind, wie der Kläger das vorliegend für sich in Anspruch nimmt. Die Zuordnung zu einem Honorarkontingent wird auch nicht ohne Weiteres dadurch rechtswidrig, dass die Leistungsmengen erkennbar durch andere Ärzte und deren Überweisungsaufträge - im Gefolge medizinisch-technischer Fortschritte mit der Entwicklung aussagekräftigerer und schonenderer Diagnose- und Behandlungsverfahren - ausgeweitet werden und dadurch ein Punktwertverfall eintritt. (BSG, Urteil vom 09. Dezember 2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -, [BSGE 94, 50-108](#), [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), Rn. 63)

Wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat, kommt danach ein subjektives Recht auf höheres Honorar aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) i.V.m. [Art. 12 Abs. 1 GG](#) erst dann in Betracht, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (BSG, Urteil vom 11. Dezember 2013 - [B 6 KA 6/13 R](#) -, juris, Rn. 42). Dies ist vorliegend weder vorgetragen noch sonst ersichtlich.

Das QZV bildet mit dem RLV ein ausschöpfbares Gesamtvolumen (Beschluss BewA Teil F. I. 1.4), die bisherige Rechtsprechung des BSG zum RLV ist damit ohne Weiteres auch auf die QZV-Systematik als weiteren Bestandteil des ausschöpfbaren Gesamtvolumens übertragbar. Daher kann der Kläger sich nicht mit Erfolg darauf berufen, der QZV-Fallwert sei völlig unzureichend und bilde das tatsächliche Leistungsvolumen nicht ab. Diese Einzelbetrachtung ist unter Geltung der RLV/QZV-Vergütungssystematik nicht geboten. Die Budgetierung ärztlicher Leistungen führt nicht dazu, dass tatsächlich erbrachte ärztliche Leistungen nicht vergütet werden, sondern bewirkt allein, dass bei einer Überschreitung des Grenzwertes die Höhe der Vergütung für jede einzelne erbrachte Leistung sinkt (BSG, Urteil vom 3. Dezember 1997 - 6 RKA 21/97 - juris.).

Der Beklagten ist indes auch darin zu folgen, dass selbst im Falle, dass eine Verteilungsgerechtigkeit im Sinne einer gleichmäßigen Honorarverteilung aufgrund der Bildung von QVZ ab dem Quartal III/2010 nicht gegeben gewesen sein sollte, diese Entscheidung im Grundsatz zunächst nicht zu beanstanden ist, sondern allenfalls eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Beklagten auslöst. Die Kassenärztliche Vereinigung muss Verteilungsregelungen, mit denen sie in Verfolgung bestimmter Ziele vom Grundsatz der gleichmäßigen Honorarverteilung abweicht, regelmäßig überprüfen. Sie hat sie zu ändern bzw. weiterzuentwickeln, wenn sich herausstellt, dass der Zweck der Regelung ganz oder teilweise nicht erreicht oder gar verfehlt wird, oder wenn die vorgenommene Einteilung dazu führt, dass der Punktwert in einzelnen Bereichen deutlich stärker abfällt als bei dem größten Teil der sonstigen Leistungen und als Grund dafür keine von den jeweiligen Leistungserbringern selbst verursachten Mengenausweitungen erkennbar sind. Eine Korrekturverpflichtung setzt weiter voraus, dass es sich um eine dauerhafte, also nicht nur um eine vorübergehende Entwicklung handelt (BSG, Urteil vom 09. September 1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) -, juris, Rn. 17). Von einer dauerhaften Entwicklung kann hier jedenfalls in den Quartalen III/2010 und IV/2010 bei einer Umstellung des Verteilungsmaßstabs zum 1. Juli 2010 aber noch keine Rede sein.

Ein Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#) liegt gleichfalls nicht vor. Das vom Kläger für sich in Anspruch genommene Urteil des BSG vom 20. Januar 1999 - [B 6 KA 9/98 R](#) - betrifft Leistungen, die zulässigerweise von zwei Arztgruppen erbracht, jedoch nur von einer abgerechnet werden konnten (kontinuierliche Betreuung von Rheumakranken durch Internisten bzw. Orthopäden) und ist für den vorliegenden Fall nicht einschlägig. Vorliegend handelt es sich bei den Leistungen nach GOP 01510 bis 01512, was keiner weiteren Darlegung bedarf, um gänzlich andere als bei denjenigen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 der GOP, welche weiterhin außerhalb der MGV vergütet werden. Dass Patienten unterschiedlicher Fachrichtungen und Behandlungskonzepte vergleichbare Krankheitsbilder aufweisen können, ist indes ubiquitär und macht eine Gleichbehandlung der betreffenden Behandler keineswegs zwingend. Darüber hinaus hat die Beigeladene zu 1 auch durchaus gute Gründe vorgetragen, die eine Differenzierung rechtfertigen (hoher Fixkostenanteil, spezifizierte Leistungen des Kapitels 25).

Bezüglich der Frage der Praxisbesonderheiten ist ein gesonderter Bescheid der Beklagten ergangen, über welchen mittlerweile auch ein Klageverfahren anhängig ist. Der betreffende Bescheid und die Prüfung von Praxisbesonderheiten ist damit nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. In der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist geklärt, dass gesonderte Feststellungen (Bemessungsgrundlagen, Budgets, RLV), Teilelemente und Vorfragen zur Bestimmung des Quartalshonorars losgelöst von der Anfechtung eines konkreten Honorarbescheids geklärt werden (vgl. BSG, Urteil vom 20. Januar 1999 - [B 6 KA 9/98 R](#) -, Urteil vom 24. September 2003 - [B 6 KA 37/02 R](#) -, Urteil vom 22. März 2006 [B 6 KA 80/04 R](#) -, Urteil vom 15. August 2012 - [B 6 KA 38/11 R](#) -, alle bei juris).

Dem Beweisantrag des Klägers war nicht zu folgen. Er lässt keine bestimmte für die Entscheidung erhebliche Beweisfrage erkennen, die zu einer Beweiserhebung Anlass geben könnte. Das klägerische Vorbringen zu der Behauptung, der Anteil der Arztgruppe der Hämato-/Onkologen an der Gesamtvergütung müsse sich reduziert haben, ist nicht ausreichend substantiiert, ebenso wie der pauschale Angriff auf das von der Beklagten zur Verfügung gestellte Zahlenmaterial insbesondere in Anbetracht der bei der Beklagten regelmäßig durchgeführten Rechnungsprüfung. Das Begehren läuft damit auf die Erhebung eines "Ausforschungsbeweises" hinaus, welcher erst Anhaltspunkte erbringen soll, um den vom Kläger ohne Beleg genannten Verdacht erstmals zu begründen. Beweisermittlungs- oder -ausforschungsanträge, die dazu dienen, möglicherweise entscheidungserhebliche Tatsachen erst aufzudecken, machen indes eine Beweisaufnahme nicht notwendig. Weitere Sachaufklärung ist erst erforderlich, wenn die bislang bekannten Tatsachen dies nahe legen (Stuhlfauth in: Bader/Funke-Kaiser/Stuhlfauth/von Albedyll, Verwaltungsgerichtsordnung, 7. Aufl. 2018, § 86 [Untersuchungsgrundsatz, Aufklärungspflicht, vorbereitende Schriftsätze], Rn. 22). Derartige Tatsachen sind vorliegend weder vorgetragen noch sonst ersichtlich.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Login
HAM

Saved
2018-11-06