

L 4 KA 52/13

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4

1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 16 KA 137/10

Datum
24.04.2013

2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 52/13

Datum
21.04.2015

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 37/15 R
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 24. April 2013 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird zugelassen. Der Streitwert wird auf 35.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Richtigkeit der Honorarabrechnungen verschiedener Abrechnungsquartale der Jahre 2005 bis 2008.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis/Berufsausübungsgemeinschaft bestehend aus Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie. Sie betreibt Dialyse-Leistungen und besitzt die Genehmigung zur Durchführung des Versorgungsauftrags Nephrologie mit Dialyse gemäß § 3 Abs. 3 Buchst. b der Anlage 9.1 zum BMV-Ä/EKV-Ä zur Betreuung von bis zu 150 Dialyse-Patienten.

Zwischen den Beteiligten hatte wegen der Honorarberechnungen für die Quartale III/03 bis II/05 ein Widerspruchsverfahren stattgefunden. Die Klägerin hatte einen Härtefallantrag mit dem Ziel eines höheren Punktzahlvolumens gestellt und ausgeführt, die Honorarregelung der Beklagten halte den vorgeschriebenen Punktwert von 4,5 Cent nicht ein. Der Versorgungsauftrag für 150 Dialyse-Patienten erfordere wegen der Multimorbidität der Patienten einen hohen Versorgungsaufwand. Daher sei eine Anpassung des Punktzahlvolumens in regelmäßigen Intervallen erforderlich. Die Klägerin hatte einen Antrag auf Vorabvergütung der Dialyse-Leistungen nach den Ziffern 13600 bis 13621 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gestellt. Sie hatte ausgeführt, die Honorarregelung der Beklagten halte die Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 zur Festlegung der Regelleistungsvolumina (RLV), insbesondere dessen Ziffer 4.1 nicht ein. Ihr Mitglied Dr. D sei erst ab 1. April 2001 als Vertragsarzt zugelassen worden. Mit Widerspruchsbescheid vom 31. Mai 2006 hatte die Beklagte den Widerspruch zurückgewiesen. Zur Begründung hatte sie ausgeführt, wegen des Eintritts von Dr. D falle die Klägerin unter die Sonderregelungen des HVM/HVV. Der Zielpunktwert von 4,5 Cent habe wegen der Verringerung der Gesamtvergütung bei gleichzeitigem Arztzahlzuwachs nicht eingehalten werden können. Wegen des Versorgungsauftrags Dialyse bestehe die Möglichkeit, über eine Wachstumsregelung zukünftig höhere Punktzahlvolumina zu erwirtschaften. Die Übernahme eines neuen Versorgungsauftrags begründe dagegen kein höheres individuelles Punktzahlvolumen (IPZV). Eine Vorabvergütung der Dialyse-Leistungen widerspräche den normativen Vorgaben.

Dem Honorarbescheid vom 11. April 2006 für das Quartal IV/05 über 115.609,34 EUR widersprach die Klägerin am 2. Mai 2006. Dem Honorarbescheid für das Quartal II/06 vom 11. Oktober 2006 über 112.309,85 EUR widersprach sie am 15. November 2006. Dem Honorarbescheid für das Quartal IV/06 vom 11. April 2007 über 118.373,89 EUR widersprach die Klägerin am 26. April 2007. Dem Honorarbescheid für das Quartal III/07 vom 11. Januar 2008 über 111.075,83 EUR widersprach die Klägerin am 11. Februar 2008. Dem Honorarbescheid für das Quartal I/08 vom 14. Juli 2008 über 123.673,81 EUR widersprach sie am 28. Juli 2008. Dem Honorarbescheid für das Quartal III/08 vom 5. Februar 2009 über 115.944,52 EUR widersprach die Klägerin am 12. Februar 2009. Dem Honorarbescheid für das Quartal IV/08 vom 14. April 2009 über 120.192,41 EUR widersprach die Klägerin am 7. Mai 2009. Die Honorarabrechnung für das Quartal IV/07 ist nicht mehr Gegenstand des Gerichtsverfahrens. Die Widersprüche wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 13. April 2010 zurück. Zur Begründung verwies sie auf den Widerspruchsbescheid vom 31. Mai 2006.

Dagegen richtet sich die Klage, die die Klägerin am 10. Mai 2010 beim Sozialgericht Kiel erhoben hat. Sie hat einen formellen Begründungsmangel geltend gemacht und ausgeführt, dem angefochtenen Widerspruchsbescheid fehle infolge der Bezugnahme auf den Widerspruchsbescheid vom 31. Mai 2006 eine eigenständige Begründung. Die Honorarberechnungen verstießen gegen den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 sowie gegen § 85 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Dieser sehe in der Fassung des Gesetzes vom 14. November 2003 (GKV-Modernisierungsgesetz) die Einführung der RLV vor. Bei Grenzwertüberschreitungen des

Honorars müsse die Honorarverteilungsregelung vorsehen, dass bei festen Punktwerten die den Grenzwert überschreitenden Honoraranforderungen mit abgestaffelten Punktwerten vergütet würden. Ferner enthalte die gesetzliche Regelung eine Öffnungsklausel für eine Ausgestaltung durch den Bewertungsausschuss, dessen Regelungen Bestandteil der Honorarvereinbarungen (HVV) seien. Der Bewertungsausschuss habe am 29. Oktober 2004 grundsätzlich die Einführung der RLV zum 1. April 2005 beschlossen und zugleich die Fortführung bestehender vergleichbarer Steuerungsinstrumente zur Honorarbegrenzung über den 31. Mai 2005 hinaus bis zum 31. Dezember 2005 im Einvernehmen der Landesverbände der Krankenkassen zugelassen. Diese Regelung sei mehrfach verlängert worden. Ohne vergleichbare Steuerungsinstrumente oder ein Einvernehmen der Landesverbände seien nach dem Beschluss vom 29. Oktober 2004 die RLV zu bilden. Nach dem Beschluss des Landesschiedsamts vom 9. Juni 2005 seien in Schleswig-Holstein ab dem Quartal III/05 diese Vorgaben des Bewertungsausschusses über die RLV umzusetzen. Denn die Honorarverteilungsregelung der Beklagten beinhalte keine Fortführung bestehender Steuerungsinstrumente im Sinne des Beschlusses vom 29. Oktober 2004. Der bis zum Quartal II/05 in Kraft befindliche HVM habe IPZV geregelt, die einen Referenzpunktwert um 4,5 Cent innerhalb des Punktzahlvolumens und im Übrigen einen Punktwert von maximal 1 Cent vorgesehen habe. Ab dem Quartal III/05 seien individuelle Gesamtvolumina (iGV) geregelt, die das Honorar in ein Kernvolumen mit einem festen Punktwert und ein Konvergenzvolumen mit einem floatenden Konvergenzpunktwert vorsähen, darüber hinaus sei ein Mehrleistungspunktwert geregelt. Die Regelung des iGV sei keine Fortführung der des IPZV, sondern eine völlig neue Regelung, die der eines RLV gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) inhaltlich nicht vergleichbar sei. Denn das Konvergenzvolumen des RLV sehe einen festen Punktwert vor, dagegen beinhalte der HVV einen floatenden Punktwert im Konvergenzvolumen. Der Bewertungsausschuss habe jedoch nur solche Übergangsregelungen zulassen können, die dem RLV im Sinne des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) entsprächen. Dies sei hier nicht der Fall. Da folglich der HVV der Beklagten die Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht beachte, müssten grundsätzlich RLV gebildet werden. In der Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 seien allerdings RLV für Nephrologen nicht vorgesehen. Ferner sei eine Vorabvergütung für die Leistungen 13600 bis 13621 des EBM geregelt. Abweichungen von diesen zwingenden normativen Vorgaben seien nicht erkennbar. Die Vorabvergütung der Dialyse-Leistungen dürfe nicht aus dem Fachgruppentopf der Nephrologen erfolgen. Die Menge der Dialyse-Leistungen könne nicht gesteuert werden. Die Leistungen seien somit in mehrfacher Hinsicht personell und qualitativ bedarfsgeplant.

Die Klägerin hat beantragt,

den Honorarbescheid für das vierte Quartal 2005, den Honorarbescheid für das zweite Quartal 2006, den Honorarbescheid für das vierte Quartal 2006, den Honorarbescheid für das dritte Quartal 2007 vom 11. Januar 2008, den Honorarbescheid für das erste Quartal 2008 vom 14. Juli 2008, den Honorarbescheid für das dritte Quartal 2008 vom 5. Februar 2009 und den Honorarbescheid für das vierte Quartal 2008 vom 14. April 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. April 2010 der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen

und ausgeführt, der Widerspruchsbescheid leide nicht unter einem formellen Mangel. Auch die Klägerin habe sich zur Begründung ihrer Widersprüche auf das vorangegangene Verfahren bezogen und keine neue eigenständige Begründung vorgelegt. Die Bildung von RLV sei auch nach dem Quartal II/05 nicht zwingend erforderlich gewesen, da Übergangsregelungen zulässig hätten angewandt werden können. Die Beklagte hat sich auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts – BSG – vom 17. März 2010 – [B 6 KA 43/08 R](#) – bezogen und ausgeführt, der Bewertungsausschuss habe eine Gestaltungsfreiheit bei der Regelung nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#). Nach Auffassung des BSG sei eine vollständig RLV-adäquate Regelung nach Einführung der Rechtslage zunächst nicht zu erwarten gewesen und daher habe eine allmähliche Anpassung der HVV an die Gesetzeslage genügt. Es wäre nach dem Quartal II/2005 nur eine Honorarverteilung unzulässig gewesen, die sich gegenüber der vorher bestehenden Regelung inhaltlich von [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) weiter entfernt hätte. Das sei hier nicht der Fall. Denn die IPZV hätten individuelle Punktzahlvolumina mit einer Pufferbildung über die Kassenarten hinweg als Referenzleistungen enthalten, die mit dem Referenzpunktwert um 4,5 Cent bewertet worden seien. Darüber hinaus habe ein floatender Punktwert in Höhe von maximal 1 Cent gegolten. Durch das Schiedsamt seien in Schleswig-Holstein mit Wirkung des Quartals III/05 feste Punktwerte im Kernvolumen des iGV bestimmt worden. Dadurch sei die Kalkulationssicherheit für die Vertragsärzte sehr weitgehend gesichert gewesen. Für die Praxis der Klägerin sei tatsächlich kein RLV gebildet worden, da dies nach der Anlage zu dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 nicht vorgesehen gewesen sei. Dieser sage aber nicht aus, dass die Nephrologen aus dem Grunde gar keinen Mengenbegrenzungen unterlägen. Insbesondere sei auch für die Leistungen nach den Ziffern 13600 bis 13621 EBM eine Mengensteuerung erforderlich.

Mit Urteil vom 24. April 2013 hat das Sozialgericht Kiel die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es die Rechtslage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) und die dazu ergangenen Beschlüsse des Bewertungsausschusses und die im Bereich der Beklagten ab dem Quartal III/05 bestehende Vertragslage dargestellt. Zwar habe die Beklagte damit nicht zum 31. März 2005, sondern erst zum 1. Januar 2009 Steuerungsinstrumente nach Vorgabe der RLV eingeführt. Die bis dahin bestehenden Honorarregelungen seien dieser Rechtslage aber vergleichbar gewesen und hätten von der Beklagten nach Maßgabe der bestehenden Beschlussfassung bis zum Quartal I/09 fortgeführt werden dürfen. Mit den iGV seien feste Punktwerte für den Bereich des Kernvolumens geregelt gewesen. Dies habe den Vertragsärzten Kalkulationssicherheit gegeben und einer übermäßigen Mengenausweitung entgegengewirkt. Der darüber hinaus geltende Punktwert habe keinen zusätzlichen Leistungsanreiz mehr ausgeübt. Allmähliche Anpassungen an die neue Vergütungssystematik der RLV seien hinreichend gewesen. Bei unterschiedlichen Wirkmechanismen sei maßgeblich, dass die Vertragsgestaltung die wesentlichen Ziele wie die RLV verfolgten. Eine Honorarbegrenzung nach Individualbudgets sei hierzu in gleicher Weise in der Lage. Ebenso wie für die IPZV gelte dies erst recht für die iGV, und zwar umso mehr, da nach Anlage 1 zu Teil 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 für die Nephrologen kein RLV vorgesehen gewesen sei. Durch die Tatsache, dass die Beklagte zum Quartal III/05 keine RLV eingeführt habe, sei diese Fachgruppe daher nicht betroffen. Für diese Fachgruppe sei daher eine Mengenbegrenzung auch auf andere Weise möglich gewesen.

Gegen die ihren Prozessbevollmächtigten am 26. September 2013 zugestellte Entscheidung richtet sich die Berufung, die die Klägerin am 25. Oktober 2013 beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingelegt hat. Sie vertieft ihren Vortrag, dass die zum Quartal III/05 in Schleswig-Holstein bestehende Regelung keine Fortführung vorbestehender Mengenbegrenzungsregelungen im Sinne des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) sei. Bis zum Quartal II/05 hätten die IPZV keinen festen Punktwert, sondern einen Zielpunktwert verfolgt. Die iGV regelten ab dem Quartal III/05 mit dem Kernvolumen einen festen Regelpunktwert und darüber hinaus einen floatenden Konvergenzpunktwert. Die darüber

hinausgehenden Leistungen würden mit dem Mehrleistungspunktwert vergütet. Dies sei eine gänzlich neue Regelung. Die Beklagte sei selber davon ausgegangen, dass die Regelung über die iGV einen "Torso" der Regelung über die IPZV darstelle. Eine allmähliche Anpassung an die gesetzlich vorgesehenen Honorarverteilungsregelungen sei nicht ausreichend. Zwar seien für die Nephrologen keine RLV zu bilden. Gleichwohl habe die Beklagte den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 falsch umgesetzt, indem sie für die anderen Arztgruppen auf die Einführung der RLV verzichtet habe. Die Leistungen für die Nephrologen wären neben diesen RLV vorab zu vergüten gewesen. Keinesfalls sei die getroffene Regelung mit der Vorgabe des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar. Das BSG habe mit Urteil vom 6. Februar 2013 ([B 6 KA 13/12 R](#)) eine Honorarverteilung als unzureichend angesehen, die die gesetzlichen Vorgaben vollständig suspendiere. Alleine eine gleiche Zielrichtung sei danach nicht ausreichend. Feste Grenzwerte müssten bestimmt werden, Individualbudgets genügten den Anforderungen nicht. Gerade diese seien hier jedoch eingeführt worden. Das BSG habe Honorarverteilungsregelungen als unzureichend erachtet, die sich an den vorherigen individuellen Abrechnungswerten statt am durchschnittlichen Abrechnungsverhalten der Arztgruppe orientierten. Die Fortführung des Individualbudgets und auch die Vergütung der Mehrleistungen mit einem floatenden Punktwert seien daher unzulässig gewesen. Auch die Bildung einer Obergrenzen statt eines RLV für Ärzte in der Wachstumsphase ändere daran nichts. Ferner bezieht sich die Klägerin auf die Entscheidung des BSG vom 3. Februar 2010 ([B 6 KA 31/08 R](#)), das eindeutige Vorgaben für die Honorarausgestaltung der Nephrologen mache, die hier nicht eingehalten seien.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 24. April 2013 aufzuheben, die Honorarbescheide vom 11. April 2006 (IV/05), 11. Oktober 2006 (II/06), 11. April 2007 (IV/06), 11. Januar 2008 (III/07), 14. Juli 2008 (I/08), 5. Februar 2009 (III/08) und 14. April 2009 (IV/08), in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 13. April 2010 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, sie unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts über die Honoraransprüche erneut zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie führt aus, unter Berücksichtigung der Entscheidungen der Bewertungsausschüsse habe für die Klägerin weder ein RLV gebildet werden noch habe das Honorar unbudgetiert vergütet werden müssen. Der Beschluss des Bewertungsausschusses sehe für die Nephrologen die Bildung eines Arztgruppentopfs und die Bildung eines RLV nicht vor. Indem Ziffer III 4.1 des Beschlusses u.a. bestimme, dass die Dialyseleistungen aus dem Arztgruppentopf zu vergüten seien, gelte dies nicht für Nephrologen, sondern nur für andere Ärzte, z. B. internistische Fachärzte. Mangels einer Bestimmung für die Honorarbildung der Nephrologen auf Bundesebene sei sie insoweit bei der Regelung des Honorars frei gewesen.

Die Verwaltungsakte der Beklagten und die Verfahrensakte lagen vor. Zur Ergänzung der Einzelheiten wird darauf Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 24. April 2013 ist zulässig, insbesondere ist sie form- und fristgerecht eingegangen. Sie ist aber nicht begründet. Das Urteil des Sozialgerichts ist nicht zu beanstanden. Zutreffend hat es die Honorarbescheide der Klägerin aus den Jahren 2005 bis 2008 bestätigt. Diese waren rechtmäßig.

Der Widerspruchsbescheid vom 13. April 2010 ist nicht bereits aus formalrechtlichen Gründen rechtswidrig, weil er auf den vorangegangenen Widerspruchsbescheid vom 31. Mai 2006 Bezug genommen hat. Das Gebot des [§ 35](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), dass ein Verwaltungsakt zu begründen ist, ist dadurch nicht verletzt. Nach [§ 35 Abs. 2 Nr. 2 SGB X](#) bedarf es einer Begründung nicht, soweit demjenigen, für den der Verwaltungsakt bestimmt ist oder der von ihm betroffen ist, die Auffassung der Behörde über die Sach- und Rechtslage bereits bekannt oder auch ohne Begründung für ihn ohne Weiteres erkennbar ist. Um Umgehungen des gesetzlichen Begründungsgebots zu unterbinden, bedarf die "ohne Weiteres" erkennbare Auffassung der Behörde einer engen Auslegung (Waschull in LPK-SGB X, 3. Auflage 2011, § 35 Rn. 12). Auch nach diesem strengen Maßstab war das hier der Fall. Die Klägerin selbst hat sehr weitgehend in ihren Widersprüchen auf die vorangegangenen Widerspruchsverfahren gegen die Honorarabrechnungen III/03 bis II/05 Bezug genommen. Die Beklagte hat mit dem hier angefochtenen Widerspruchsbescheid vom 13. April 2010 zu erkennen gegeben, dass sie hinsichtlich der angefochtenen Honorarabrechnungen aus den Jahren 2005 bis 2008 die gleiche Rechtsauffassung vertrete wie hinsichtlich der vorangegangenen Quartale. Dies war für die Klägerin ohne Weiteres erkennbar. Im Übrigen hätte ein Begründungsmangel für den Ausgang des Rechtsstreits auch keine maßgebende Bedeutung. Denn nach [§ 42 SGB X](#) kann ein Verwaltungsakt, der nicht nichtig ist, nicht allein deswegen aufgehoben werden, weil er unter Verletzung der verfahrensrechtlichen oder Formvorschriften zustande gekommen ist, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat. Bei gebundenen Entscheidungen ist dies insbesondere der Fall, wenn eine Begründung fehlt (BSG vom 17. April 1991 – [1 RR 2/89](#) – SozR 3 1300 § 41 Nr. 4).

Auch materiell rechtlich sind die angefochtenen Honorarbescheide und der Widerspruchsbescheid nicht fehlerhaft. Insbesondere liegt keine unrichtige Berechnung der Honoraransprüche der Klägerin vor dem Hintergrund vor, dass der HVV der Beklagten höherrangigem Recht widerspreche.

Gesetzliche Grundlage für den Honoraranspruch der Klägerin ist [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003 ([BGBl. I, S. 2190](#)), die in dem gesamten hier maßgeblichen Zeitraum mit für diesen Rechtsstreit unwesentlichen Änderungen in Kraft war. Danach verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütung an die Vertragsärzte getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (Satz 1). Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an (Satz 2). Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen (Satz 6). Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina – Satz 7). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird (Satz 8). Der Bewertungsausschuss hat diese Regelung im Beschluss vom 29. Oktober 2004 (Deutsches Ärzteblatt vom 12.

November 2004, A 3129 ff.) umgesetzt. Nach III 1. hat er darin vorgesehen, dass im Honorarverteilungsvertrag Arztgruppentöpfe für die in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen zu bilden sind, die die Abrechnung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage des zum 1. April 2005 in Kraft getretenen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) berücksichtigen. In III 2.1 des Beschlusses ist u. a. geregelt, dass Regelleistungsvolumina gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) arztgruppenspezifische Grenzwerte seien, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum im jeweiligen Kalendervierteljahr erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages vereinbarten festen Punktwert, dem Regelleistungspunktwert, zu vergüten sind. Für den Fall der Überschreitung der Regelleistungsvolumina ist vorzusehen, dass die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten, den Restpunktwerten, zu vergüten ist. Nach III 2.2 des Beschlusses können mit dem Einvernehmen der Verbände der Krankenkassen auf Landesebene Steuerungsinstrumente, die am 31. März 2005 bereits vorhanden waren, bis zum 31. Dezember 2005 fortgeführt werden, wenn ihre Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vergleichbar sind. Diese letztgenannte Regelung hat der Bewertungsausschuss mehrfach verlängert, letztmalig bis zum 31. Dezember 2008 (Beschlüsse in Deutsches Ärzteblatt 2006, A 76, Nr. 4: Verlängerung bis Ende 2006; Deutsches Ärzteblatt 2006, A 2818, Nr. 2: Verlängerung bis Ende 2007; Deutsches Ärzteblatt 2008, A 356, Teil A Nr. 2.1: Verlängerung bis Ende 2008 mit Modifizierungen). Eine verbindliche Einführung der Regelleistungsvolumina hat der Bewertungsausschuss erst in seinem Beschluss vom 27./28. August 2008 (Deutsches Ärzteblatt 2008, A 1988, 1992, F Nr. 6 und 2.1) vorgesehen. In der Anlage zu dem Beschluss vom 29. Oktober 2004 ist die Arztgruppe der Nephrologen nicht aufgeführt.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteil vom 6. Februar 2013 ([B 6 KA 13/12 R](#)) maßgeblich bestimmt, wann eine Regelung, die bereits am 31. März 2005 in Kraft gewesen war, der Systematik der RLV im Sinne des [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) vergleichbar sei. Das BSG hat darauf abgestellt, dass diese Regelung als Kernpunkt zwei Vorgaben enthalte, nämlich die Festlegung arztgruppenspezifischer Grenzwerte und feste Punktwerte für die Ärzte (Rz. 16 der Entscheidung). Die Festlegung fester Punktwerte sei eine zentrale Vorgabe des Gesetzes gewesen, während bei der Vorgabe der Festlegung arztgruppenspezifischer Grenzwerte einen größeren Freiraum eröffnet sei. Ausdrücklich hat das BSG eine vergleichbare Wirkung auch dann noch bei einer Regelung angenommen, die eine arztgruppeneinheitliche Festlegung nur bei den Fallpunktzahlen vorgegeben habe, dann deren Multiplikation mit den individuellen Behandlungsfallzahlen vorgesehen und so zu praxisindividuellen Grenzwerten geführt habe (Rz. 17 der Entscheidung). Der Senat hat bereits in seinem Urteil vom 18. Januar 2011 ([L 4 KA 11/10 - juris](#)) ausgeführt, dass er die Honorarverteilungsregelung der Beklagten auch für die Quartale III/2005 ff. mit dieser gesetzlichen Vorgabe für vereinbar ansah. An dieser Auffassung hält der Senat ausdrücklich fest. Selbst wenn jedoch die Honorarverteilungsregelung für die Quartale III/2005 ff. diesen Vorgaben nicht entsprechen sollte, ergebe sich für die Klägerin kein anderes Ergebnis.

Die Honorarausgestaltung ab dem Quartal III/2005 ist in dem Zuständigkeitsbereich der Beklagten durch den Beschluss des Landesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung vom 9. Juni 2005 geregelt worden. Die nachfolgenden Änderungen bis zum Quartal IV/2008 enthalten insoweit dem Beschluss vom 9. Juni 2005 vergleichbare Regelungen. Der Beschluss des Landesschiedsamtes tritt an die Stelle der Vereinbarungen der Vertragspartner (BSG vom 16. Juli 2003 – [B 6 KA 29/02 R](#) – SozR 4 2500 § 85 Nr. 3). Der Beschluss vom 9. Juni 2005 sieht gemäß der Regelung des [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) eine Aufteilung der Gesamtvergütung in den hausärztlichen Versorgungsbereich (§ 2) und den fachärztlichen Versorgungsbereich (§ 3) vor. Nach § 3 Ziff. 2 wird die fachärztliche Gesamtvergütung, die nach Vorwegabzügen verbleibt, in Honorarkontingente für die Arztgruppen der Laborärzte, Pathologen und anderer Fachärzte aufgeteilt. Die Kontingente bemessen sich nach dem prozentualen Anteil der ausgezahlten Honorare der Quartale des Jahres 2003 an der fachärztlichen Gesamtvergütung. Nach § 4 Ziff. 1a wird jeder Praxis ein individuelles Gesamtvolumen zugeordnet, das in ein Kernvolumen und ein Konvergenzvolumen unterteilt ist. Die Leistungen innerhalb des Gesamtvolumens sind die Regelleistungen. Bis zur Grenze des Kernvolumens werden die Leistungen mit einem festen Regelpunktwert für die Bereiche der Primärkassen und der Ersatzkassen vergütet. Darüber hinaus bis zur Grenze des Konvergenzvolumens erfolgt die Vergütung mit einem floatenden Konvergenzpunktwert. Die Mehrleistungen werden mit einem Mehrleistungspunktwert aus der Gesamtvergütung vergütet, der im Rahmen der Primärkassen und der Ersatzkassen für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zwischen 0,1519 und 0,1848 Cent lag. § 4 Ziff. 1b enthielt eine Konvergenzregelung auf Arztgruppenebene mit einer Begrenzung der Honorarminderung auf maximal 3 % bzw. 6 % je nach den Quartalen. § 4 Ziff. 2 regelte die Bildung der iGV zum Zeitpunkt des Inkrafttretens ab dem Quartal III/2005. Hierzu wurden die auf den Quartalen III/2004 bis II/2005 fußenden individuellen Punktzahlvolumen an den neuen EBM angepasst. Dabei wurden die anerkannten Leistungsleistungen je Arztgruppe in der Differenzierung nach Anlage 1 auf den neuen EBM hochgerechnet. Die festgestellte Veränderungsrate der Arztgruppe wurde zu einem Drittel auf bestehende individuelle Punktzahlvolumina angewandt und bildete die individuellen Gesamtvolumina. Ferner enthielt die Bestimmung Regelungen über neu gegründete Praxen, Praxen der Kinder- und Jugendpsychiater und besondere Bestimmungen für die so genannten KO-Leistungen, Regelungen für Kardiologen und Regelungen im Falle einer deutlichen Verringerung der Punktzahlanforderung.

Diese Honorarausgestaltung entspricht nach Auffassung des Senats den Anforderungen, die das BSG im Urteil vom 6. Februar 2013 ([a.a.O.](#)) als Maßstab für eine dem [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) vergleichbare Regelung erachtet hat. Zentrale Vorgabe der Regelung war dabei ein fester Punktwert. Dieser ist im Rahmen der iGV und im Rahmen der Kernvolumina ohne Weiteres gegeben, wenn auch der avisierte Punktwert von 4,5 Cent mit der Regelung – ebenso wie in den Vorquartalen (vgl. Urteil des Senats vom 18. Januar 2011, [a.a.O.](#)) – nicht erreicht wurde. Zur Begründung, dass dieses verfehlt Ziel für die Rechtmäßigkeit der Regelung unerheblich ist, verweist der Senat auf die vorgenannte Entscheidung. Damit war den Ärzten wenigstens im Kernbereich eine feste Kalkulationsgröße für die wirtschaftliche Ausgestaltung ihrer Praxis gegeben und lediglich im Bereich des Konvergenzvolumens und der Mehrleistungsvolumina ergaben sich Spielräume, die das Gesetz jedoch ausdrücklich vorgesehen hat. Denn in [§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#) war geregelt, dass für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte vorzusehen sei, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungs-menge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werde. Dies ist hier mit den Punktwerten für die Mehrleistungsvergütung in Höhe von ca. 0,15 bis 0,2 Cent pro Abrechnungspunkt gegeben. Die Regelung im Beschluss vom 9. Juni 2005 entspricht nach Auffassung des Senats auch der zweiten Vorgabe des BSG im Urteil vom 6. Februar 2013 ([a.a.O.](#)). Das Gericht hatte darin verlangt, dass eine arztgruppeneinheitliche Festlegung der Fallpunktzahlen erforderlich sei. Nach Auffassung des Senats kann dies nur so verstanden werden, dass eine sehr lose Orientierung an den durchschnittlichen Fallpunktzahlen der Arztgruppe erforderlich war. Denn eine strenge Orientierung an den arztgruppenspezifischen Werten konnte nicht verlangt werden. [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in der Fassung des GMG sah selbst keine Ausnahme von der Bildung der RLV bereits zum 1. Juli 2004 vor. Das BSG hat mehrfach darauf hingewiesen, dass der Bewertungsausschuss im Beschluss vom 29. Oktober 2004 berechtigt war, von der Gesetzeslage abzuweichen und mangels faktischer Umsetzbarkeit der gesetzlichen Regelung Übergangsgestaltungen zuzulassen. Demgemäß ist in Ziffer III 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vorgesehen, dass vergleichbare vorbestehende Regelungen auch weiterhin (und zwar im Ergebnis bis zum 31. Dezember 2008) zulässig seien. Im Urteil vom 18. Januar 2011 hat der Senat

sich dieser Linie des BSG angeschlossen. Eine Vergleichbarkeit der Regelung bedeutet lediglich, dass keine identische Regelung zu treffen war, sondern lediglich eine Regelung, die die Regelungsziele des [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) in ihren Auswirkungen adäquat verfolgte. Dies war mit der Regelung in § 4 Ziff. 2.2 der Fall. Mit der Gewährung eines marginalen Punktwerts zwischen 0,15 und 0,2 Cent pro Punkt boten die Mehrleistungen keinen Anreiz für eine Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit. Dabei war eine Orientierung an dem Arztgruppenpunktwert insofern gegeben, als dass zwar die individuellen Arztwerte hochgerechnet wurden, jedoch im Rahmen der Veränderungen des Honorarkontingents der Arztgruppe. Dies war zwar eine sehr lockere Orientierung an der Arztgruppe, jedoch handelte es sich insgesamt bei der Regelung der iGV um ein Steuerungsinstrument, das in seinen Auswirkungen den RLV vergleichbar war.

Selbst wenn man diesen Punkt anders beurteilen und wie die Klägerin keine hinreichende Bindung an den arztgruppenspezifischen Werten sehen wollte, käme man für die Klägerin zu keiner anderen Honorarberechnung. Denn die Klägerin kann sich nicht darauf berufen, dass für sie in den Quartalen ab III/2005 kein RLV vorgesehen sei. Die Anlage 1 des Beschlusses des Landesschiedsamts vom 9. Juni 2005 enthält der Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 folgend keine Vorgabe für die Bildung eines RLV für die Fachgruppe der Nephrologen. Dies hat das BSG im Urteil vom 3. Februar 2010 ([B 6 KA 31/08 R](#) – SozR 4 2500 § 85 Nr. 53) als rechtmäßig angesehen. Hierin äußerte sich die Gestaltungsfreiheit des Bewertungsausschusses. Unschädlich ist es für die Klägerin, ob in den Quartalen III/2005 ff. für die anderen Arztgruppen RLV vorgesehen waren oder nicht. Denn nach § 3 Ziff. 2 des Beschlusses des Landesschiedsamts vom 9. Juni 2005 waren für die verschiedenen Arztgruppen jeweils Honorarkontingente zu bilden. Eine derartige Kontingentbildung war zulässig und entsprach dem Gestaltungsspielraum der Beklagten, da insoweit verbindliche Regelungen in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) für die Ausgestaltung der Honorarverteilung nicht vorgegeben waren und auch der Beschluss des Bewertungsausschusses in III 1. die Bildung von Arztgruppentöpfen ausdrücklich ab dem 1. April 2005 auf der Grundlage des neuen EBM vorsah. Durch die Kontingentierung des Honoraranteils der Nephrologen als gesamter Arztgruppe wirkten sich die unterschiedlichen Honorierungen für die übrigen Arztgruppen innerhalb derer Kontingente für die Gruppe der Nephrologen nicht aus. Selbst wenn für die in den Anlagen 1 zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 und zum Beschluss des Landesschiedsamts vom 9. Juni 2005 aufgeführten Arztgruppen Regelleistungsvolumina notwendigerweise hätten eingeführt werden müssen, wäre das Honorarkontingent der Nephrologen durch eine – fehlerhafte – dortige Unterlassung nicht berührt.

Der Honorarausgestaltung lässt sich auch nicht entgegenhalten, dass mangels eines erforderlichen RLV die Honorare der Nephrologen ab dem Quartal III/2005 völlig frei ohne jede Begrenzung auszugestalten waren. Eine grobe Begrenzung ergab sich bereits durch die Kontingentbildung für die Arztgruppe in § 3 Ziff. 2 des Beschlusses des Landesschiedsamts vom 9. Juni 2005. Für maßgeblich erachtet der Senat darüber hinaus, dass zwar für die Nephrologen aus den Gründen, die das BSG im Urteil vom 3. Februar 2010 ([a.a.O.](#)) genannt hat, keine RLV zu bilden waren. Dies bedeutet aber nicht, dass die Honorarausgestaltung der Nephrologen abgesehen von der fachlich vorgegebenen Limitierung ohne jede rechtliche Begrenzung zu erfolgen hatte. Denn [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) stellt als allgemeine Bestimmung auf, dass der Verteilungsmaßstab Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen hat. Dies gilt für alle Arztgruppen. Die notwendige Einrichtung der Regelleistungsvolumina besteht lediglich im Rahmen dieser allgemeinen gesetzgeberischen Vorgabe. Dies erklärt sich aus dem Wortlaut "insbesondere" des [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#). Daraus folgt, dass für die Nephrologen daher zwar keine Regelleistungsvolumina einzuführen waren, dass jedoch auch für sie gemäß [§ 85 Abs. IV Satz 6 SGB V](#) Maßnahmen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit der Vertragsärzte vorzunehmen waren. Hierfür war es ein geeignetes Instrument, auf die Ausgestaltung der vorher bestehenden IPZV zurückzugreifen und diese den aktuellen Bestimmungen im Rahmen der iGV anzupassen.

Eine andere Honorarberechnung der Klägerin kann nach alledem nicht unter dem Gesichtspunkt erfolgen, dass für die Vertragsärzte im Bereich der Beklagten insgesamt keine RLV eingeführt wurden und dass im Wege der iGV eine Honorarbegrenzungsmaßnahme eingeführt wurde, die auch die Gruppe der Nephrologen betraf.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 155 Abs. 1 Satz 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Der Senat hat die Revision zugelassen und dabei die Linie im Urteil vom 18. Januar 2011 weiterverfolgt; insbesondere war durch die zwischenzeitlich ergangene Entscheidung des BSG vom 6. Februar 2013 zu berücksichtigen, ob eine Beachtung der darin enthaltenen Grundsätze erfolgt ist.

Der Streitwert folgt aus [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 52 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Mangels erkennbarer Auswirkungen einer neu zu treffenden Regelung, die von der Klägerin begehrt wird, hat der Senat für jedes der im Streit befindlichen Quartale den Auffangstreitwert in Höhe von 5.000,00 EUR zugrunde gelegt.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2015-10-22