

S 18 KA 216/11

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

18

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 18 KA 216/11

Datum

11.03.2014

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Bemerkung

Die Quotierung der Vergütung für nicht der Leistungssteuerung durch Regelleistungsvolumina einschließlich qualifikationsabhängiger Zusatzvolumina (RLV/QZV) unterliegende Leistungen ermächtigter Einrichtungen der Dialyseversorgung im Rahmen der Honorarvert
I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Die Kosten des Verfahrens trägt der Kläger.

III. Der Streitwert wird auf 6.578,92 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Honorars für vertragsärztliche Leistungen in den Quartalen III und IV/2010. Der Kläger wendet sich gegen die Quotierung der Vergütung von nicht der Leistungssteuerung durch Regelleistungsvolumina unterliegende Leistungen insbesondere der Dialyseversorgung. Der Kläger, [], ist bundesweit Träger ärztlich geleiteter Einrichtungen, die nach § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV in Verbindung mit § 2 Abs. 7 BMV-Ä/EKV sowie §§ 9 und 10 Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten ermächtigt sind. Unter anderem ist dem Kläger für das Dialysezentrum L., D.-Straße (Kinderdialyse) unter der Betriebsstätten-Nr. [] ein Versorgungsauftrag für die Versorgung der in § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 sowie Abs. 2 Nr. 3 bis 5 Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV genannten Patienten mit den in Anhang 9.1.3 zu § 9 Abs. 5 Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV genannten Leistungen erteilt. Als ermächtigte Einrichtung mit eingeschränktem Versorgungsauftrag unterlag die Betriebsstätte des Klägers gemäß § 8 Abs. 11 und Anlage 2c 2. Spiegelstrich sowie § 8 Abs. 5 und Abs. 1 mit Anlage 2a des in den Quartalen III und IV/2010 geltenden Honorarverteilungsmaßstabes HVM (Teil 5 der Vereinbarung zur Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung [SGO] zur Festlegung der Gesamtvergütung in Sachsen zur Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs zur Honorarverteilung zur Differenzierung der Vergütung nach Versorgungsgraden mit Wirkung für das 3. und 4. Quartal 2010 in der Fassung des 2. Nachtrages vom 30.06.2010, des 4. Nachtrags vom 06.05.2011 und nur bezüglich des 4. Quartals des 3. Nachtrags vom 22.11.2010) nicht der Leistungssteuerung durch Regelleistungsvolumina RLV einschließlich Qualifikationsabhängiger Zusatzvolumina QZV. Im Honorarbescheid vom 25.01.2011 setzte die Beklagte die Höhe des Honorars für die im Quartal III/2010 im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen ohne Dialysesachkosten auf 11.221,09 EUR fest. Hiervon entfielen 10.471,64 EUR auf Grund-, allgemeine und Sonderleistungen, welche die Beklagte einer Leistungssteuerung nach § 8 Abs. 3 HVM unterworfen hatte. Die Beklagte quotierte diese Leistungen mit dem Faktor 0,745200: Quartal III/2010 GOP Ansätze Wert GOP x 0,745200 Hon. ungekürzt Hon. gekürzt 01321 272 15,77 EUR 11,76 EUR 4.289,44 EUR 3.198,72 EUR 01430 3 1,23 EUR 0,92 EUR 3,69 EUR 2,76 EUR 01610 1 1,40 EUR 1,05 EUR 1,40 EUR 1,05 EUR 02100 2 5,61 EUR 4,19 EUR 11,22 EUR 8,38 EUR 04324 24 7,71 EUR 5,75 EUR 185,04 EUR 138,00 EUR 04560 17 20,68 EUR 15,42 EUR 351,56 EUR 262,14 EUR 04561 21 20,68 EUR 15,42 EUR 434,28 EUR 323,82 EUR 04562 12 29,97 EUR 22,34 EUR 359,64 EUR 268,08 EUR 04564 191 14,72 EUR 10,97 EUR 2.811,52 EUR 2.095,27 EUR 04565 523 7,36 EUR 5,49 EUR 3.849,28 EUR 2.871,27 EUR 33042 10 15,60 EUR 11,63 EUR 156,00 EUR 116,30 EUR 33043 185 8,59 EUR 6,41 EUR 1.589,15 EUR 1.185,85 EUR Summen 14.042,22 EUR 10.471,64 EUR Differenz 3.570,58 EUR Im Honorarbescheid vom 26.04.2011 setzte die Beklagte die Höhe des Honorars für die im Quartal IV/2010 im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen ohne Dialysesachkosten auf 11.724,84 EUR fest. Hiervon entfielen 11.187,16 EUR auf Grund-, allgemeine und Sonderleistungen, welche die Beklagte einer Leistungssteuerung nach § 8 Abs. 3 HVM unterworfen hatte. Die Beklagte quotierte diese Leistungen mit dem Faktor 0,787870. Quartal IV/2010 GOP Ansätze Wert GOP x 0,787870 ungek. Hon. gez. Hon. 01321 279 15,77 EUR 12,43 EUR 4.399,83 EUR 3.467,97 EUR 01430 7 1,23 EUR 0,97 EUR 8,61 EUR 6,79 EUR 01611 1 29,97 EUR 23,61 EUR 29,97 EUR 23,61 EUR 01622 1 8,24 EUR 6,50 EUR 8,24 EUR 6,50 EUR 02100 1 5,61 EUR 4,42 EUR 5,61 EUR 4,42 EUR 02310 1 20,33 EUR 16,02 EUR 20,33 EUR 16,02 EUR 04324 12 7,71 EUR 6,08 EUR 92,52 EUR 72,96 EUR 04560 23 20,68 EUR 16,29 EUR 475,64 EUR 374,67 EUR 04561 19 20,68 EUR 16,29 EUR 392,92 EUR

309,51 EUR 04562 12 29,97 EUR 23,61 EUR 359,64 EUR 283,32 EUR 04564 192 14,72 EUR 11,60 EUR 2.826,24 EUR 2.227,20 EUR 04565 550 7,36 EUR 5,80 EUR 4.048,00 EUR 3.190,00 EUR 33012 1 8,41 EUR 6,63 EUR 8,41 EUR 6,63 EUR 33042 6 15,60 EUR 12,29 EUR 93,60 EUR 73,74 EUR 33043 166 8,59 EUR 6,77 EUR 1.425,94 EUR 1.123,82 EUR Summen 14.195,50 EUR 11.187,16 EUR Differenz 3.008,34 EUR

Gegen die Honorarbescheide erhob der Kläger am 23.05.2011 mit Schreiben vom 18.05.2011 sowie am 27.06.2011 mit Schreiben vom 24.06.2011 Widerspruch. Der Kläger wandte sich mit beiden Widersprüchen gegen die Abstaffelung der Vergütung nach § 8 Abs. 3 HVM. Die Beklagte habe die Besonderheiten des Versorgungsauftrags nicht berücksichtigt. Eine Mengenbegrenzung unter Wahrung der Behandlungsqualität ergebe sich bereits aus der Festlegung der Arzt-Patienten-Relation, der besonderen Bedarfsprüfung und den Vorgaben der Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV zum Inhalt des Versorgungsauftrags. Von der Möglichkeit, die Einrichtung von einer Quotierung auszunehmen, habe die Beklagte zu Unrecht abgesehen. Die Beklagte wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 07.11.2011 zurück. Die Mengenbegrenzung nach § 8 Abs. 3 HVM finde ihre Grundlage in Teil F Ziffer II Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung am 26.03.2010 (DÄBl. 107 [2010] Nr. 16 Beilage). Die Leistungssteuerung sei zur Stabilisierung der RLV- und QZV-Fallwerte notwendig gewesen, da die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung auf Basis der abgerechneten Leistungsmenge des Jahres 2008 gebildet werde und zwischenzeitliche Leistungsausweitungen, insbesondere bei den sog. freien Leistungen, die Fallwerte für die RLV und QZV hätten absinken lassen. Zudem unterlägen auch die von niedergelassenen Vertragsärzten erbrachten Dialyseleistungen einer Abstaffelung durch RLV und QZV. Hiergegen richtet sich die am 01.12.2011 eingegangene Klage vom 29.11.2011. § 8 Abs. 3 HVM sei unvereinbar mit höherrangigem Recht, insbesondere mit den Vorgaben des Bewertungsausschusses, wonach die nephrologischen Leistungen außerhalb der RLV zu vergüten seien (Verweis auf Bundessozialgericht, Urteil vom 03.02.2010, Az. [B 6 KA 31/08 R](#)). Die Gefahr eine Mengenausweitung sei dem Bundessozialgericht zufolge zwar nicht ausgeschlossen, aber deutlich geringer als in anderen ärztlichen Bereichen. Der Versorgungsauftrag des Klägers sei bereits durch die Ermächtigung auf die Leistungen nach Anhang 9.1.3 zu § 9 Abs. 5 Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV begrenzt. Wegen des eingeschränkten Versorgungsauftrags der Einrichtung sei das Abrechnungsvolumen überwiegend dem Bereich der Dialyse zuzurechnen. Eine Quotierung würde neben der zahlenmäßigen Beschränkung bei der Dialyseversorgung eine weitere Beschränkung bedeuten. Zudem könne die sachgerechte Bemessung der Leistungssteuerung im Rahmen der Dialyse schwierig sein, weil die Leistungsanteile von Dialyse und sonstigen Leistungen unterschiedlich seien, so dass bei schematisierender Einbeziehung Stützungszahlungen erforderlich werden könnten. Es sei nicht ersichtlich, wie die Beklagte die Mengensteuerung berechnet habe und welcher Vergleichsgruppe bzw. welchem Verteilungsvolumen die Einrichtung zugeordnet sei. Der Kläger beantragt, den Honorarbescheid vom 25.01.2011 für das Quartal III/10 sowie den Honorarbescheid vom 26.04.2011 für das Quartal IV/2010 zur Betriebsstättennummer [] (Dialysezentrum L., D.-Straße, Kinderdialyse) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.11.2011 aufzuheben, soweit die Beklagte die in den Quartalen III und IV/2010 erbrachten Grund-, allgemeinen und Sonderleistungen nur unter Ansatz einer Quote von 0,745200 bzw. 0,787670 abgerechnet hat, und die Beklagte zu verurteilen, diese Leistungen ungekürzt auf Basis des Regionalwertes von 3,5048 Cent zu vergüten. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Sie verweist nochmals auf Teil F Ziffer II Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung am 26.03.2010 als Grundlage für die Mengenbegrenzung nach § 8 Abs. 3 HVM. Das Urteil des Bundessozialgerichts vom 03.02.2010, Az. [B 6 KA 31/08 R](#), juris Rn. 27 und 29, stelle klar, dass auch für nephrologische Leistungen eine Leistungssteuerung durch RLV zulässig und eine Leistungsausweitung nicht ausgeschlossen sei. Eine Budgetierung außerhalb der RLV und QZV müsse deshalb erst recht möglich sein. Da die Gesamtvergütung begrenzt sei, könne die Beklagte neben der Leistungssteuerung durch RLV auch die Vergütung für die nicht den RLV unterliegenden Leistungen begrenzen. Die Berechnung beruhe auf dem Leistungsbedarf der Vergleichsgruppe "Nichtvertragsärzte im Notfall, ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigte Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie andere ermächtigte Einrichtungen, soweit kein RLV zugewiesen wurde" in Punkten im Jahr 2008. Wegen der Einzelheiten des Vorbringens wird auf den Inhalt der gerichtlichen Verfahrensakte und auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist unbegründet. Die Quotierung ist zulässig, die ihr zu Grunde liegende Regelung in § 8 Abs. 3 HVM mit höherrangigem Recht vereinbar. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Vergütung der streitgegenständlichen Leistungen nach den Bewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zum ungekürzten Punktwert von 3,5048 Cent gemäß Teil 2 §§ 1 und 2 der Vereinbarung zur Festlegung des Regionalpunktwertes in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung (SGO), zur Festlegung der Gesamtvergütung in Sachsen, zur Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs, zur Festlegung der Honorarverteilung mit Wirkung für das 1. bis 4. Quartal 2010. Ihre Grundlage findet die Quotierung in § 8 Abs. 3 1. Unterabsatz HVM: "Ärzte gemäß Anlage 2c zu dieser Vereinbarung unterliegen folgender Leistungssteuerung: Je Vergleichsgruppe wird gemäß Beschluss Teil F I Punkt 3.1.3 i. V. m. Anlage 5 das vergleichsgruppenspezifische Verteilungsvolumen gebildet. Die Leistungen des aktuellen Quartals werden je Vergleichsgruppe aus dem vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach der SGO honoriert. Übersteigende Leistungen werden aus dem Vorwegabzug gemäß § 6 Abs. 6 dieser Vereinbarung zu abgestaffelten Preisen honoriert. Die Summe aus dem Honorar zum Regionalpunktwert und zum abgestaffelten Punktwert durch das jeweils angeforderte Honorar der Vergleichsgruppe ergibt die Quote je Arzt dieser Vergleichsgruppe." Die Leistungen der Dialyseversorgung niedergelassener bzw. in MVZ und vertragsärztlichen Praxen angestellter Kinderärzte und Nephrologen waren gemäß § 10 Abs. 1 und 4, Anlage 2a und Anlage 5 HVM auf Grund der Vorgaben aus Teil F Abschnitt I Nr. 2.1 Satz 1 sowie Anlage 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung am 26.03.2010 seit dem 01.07.2010 in die Leistungssteuerung durch Regelleistungsvolumina einbezogen. Speziell die Leistungen nach Nr. 04560, 04561, 04562, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620 und 13621 EBM wurden einer Steuerung durch QZV unterworfen. Die Steuerung der von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin erbrachten Leistungen aus Kapitel 4.5.4 EBM durch QZV beruht auf Vorgaben aus Teil F Abschnitt I Nr. 2.1 Satz 2 sowie Anlage 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung am 26.03.2010, die Steuerung der von Nephrologen erbrachten Leistungen nach Kapitel 4.5.4 und 13.3.6 EBM auf der in Teil F Abschnitt I Nr. 2.1 Satz 3 und Anlage 3 Nr. 2 den Gesamtvertragspartnern eingeräumten Befugnis, QZV für weitere Arztgruppen und Leistungen zu vereinbaren. Diese Regelungen galten nicht für die Leistungen des Beklagten in der Betriebsstätte. Denn gemäß § 8 Abs. 11 und Anlage 2c 2. Spiegelstrich waren Nichtvertragsärzte im Notfall, ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigte Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie andere ermächtigte Einrichtungen von der Leistungssteuerung durch RLV und QZV ausgenommen, soweit kein RLV zugewiesen wurde. § 8 Abs. 5 HVM sah eine Zuweisung von RLV nur für ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten vor, deren Ermächtigungsumfang der Zulassung eines niedergelassenen Vertragsarztes oder Psychotherapeuten inhaltlich entspricht. Dies trifft auf ermächtigte Einrichtungen mit eingeschränktem Versorgungsauftrag, wie die hier betroffene Kinderdialyse, nicht zu. Dies ist durch die Vorgaben aus Teil F Abschnitt I Nr. 2.1 und Anlage 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung am 26.03.2010 gedeckt, wonach zwar ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag erhalten, den Partnern der Gesamtverträge

jedoch die Einigung über das Verfahren der Umsetzung sowie Modifikationen der relevanten Arztgruppen vorbehalten bleiben. Diese Regelungen stehen nicht im Widerspruch zu den gesetzlichen Vorgaben. Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) hat der Honorarverteilungsmaßstab Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach [§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) vorzusehen. [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) konkretisiert dies mit den Worten "Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina)." [§ 85 Abs. 4a Satz 1](#) 2. Halbsatz SGB V behält dem Bewertungsausschuss die Befugnis vor, den Inhalt der unter anderem nach [§ 85 Abs. 4 Satz 6](#) und 7 SGB V zu treffenden Regelungen zu bestimmen. Darüber hinaus gestattet [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#), außer den antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen der in [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) genannten Ärzte und Psychotherapeuten noch weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Nach [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) bestimmt die Vorgaben zur Umsetzung von [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) der Bewertungsausschuss. Aus diesem Regelungsgefüge folgt: Die Herausnahme der einzeleleistungsbezogenen ermächtigten Einrichtungen auch hinsichtlich der von diesen erbrachten Leistungen nach Kap. 4.5.4 aus den RLV und QZV durch den Honorarverteilungsmaßstab ist nicht zu beanstanden. Im Rahmen der Vorgaben des Bewertungsausschusses kommt den Gesamtvertragspartnern insoweit Gestaltungsfreiheit zu (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 03.02.2010, Az. [B 6 KA 31/08 R](#), juris Rn. 17 ff., zu den vergleichbaren Vorgaben des Bewertungsausschusses bezüglich der Dialyseleistungen ab dem Quartal II/2005; Sozialgericht Düsseldorf, Urteil vom 06.02.2013, Az. [S 2 KA 125/10](#), juris Rn. 19 ff., zur Einbeziehung der Dialyseleistungen in die RLV im Quartal I/2009) Hier haben sich die Partner der Gesamtverträge dahin gehend geeinigt, dass nur ermächtigte Ärzte und Einrichtungen der Leistungssteuerung unterliegen, deren Versorgungsauftrag dem der einschlägigen Arztgruppe entspricht (§ 8 Abs. 5 HVM). Diese Einschränkung ist zulässig. Der Kläger selbst betont, dass das im Rahmen der Ermächtigung vorgehaltene Leistungsangebot nicht mit dem nephrologischer Praxen vergleichbar sei. Entsprechend der Definition der RLV als arztgruppenspezifische Grenzwerte ([§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#)) ist die Zuweisung eines RLV bei fehlender Arztgruppenspezifität hier: wegen des nur auf bestimmte Patienten und Leistungen eingeschränkten Versorgungsauftrags gesetzlich ausgeschlossen, weil ansonsten die RLV durch die Einbeziehung atypischer Einrichtungen die Funktion als Maßstab für die am Versorgungsauftrag der Arztgruppe orientierte leistungsangemessene Honorarbemessung verlieren würden. Die Begrenzung der abrechenbaren Leistungsmenge aus Dialyseleistungen durch RLV, QZV oder wie hier eine Quotierung auf Basis der Honorarabrechnungsvolumina früherer Zeiträume ist nicht zu beanstanden. Ob der Bewertungsausschuss den Gesamtvertragspartnern eine Einbeziehung der Dialyseleistungen in RLV oder QZV vorschreibt, steht ihm frei (vgl. Bundessozialgericht a.a.O.; Sozialgericht Düsseldorf a.a.O.). Er hat sich hier für die generelle Zuweisung von RLV für Nephrologen und Kinderärzte entscheiden, wobei er die Bildung QZV nur für die Kinderdialyse angeordnet und sie für die Erwachsenenendialyse wovon in Sachsen Gebrauch gemacht wurde ins Ermessen der Gesamtvertragspartner gestellt hat. Auch die Einbeziehung von (hier: Kinder) Dialyseleistungen in die Vergütung aus begrenzten Honorarfonds ist damit nicht ausgeschlossen. Eine Quotierung sog. freier Leistungen nach Maßgabe des HVM auf Grund der Konvergenzregelung des Bewertungsausschusses in der Fassung von Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 180. Sitzung am 20.04.2009 ist grundsätzlich zulässig. Entsprechende Vorgaben hierfür halten sich im Rahmen des [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#). Sie sind mit Rücksicht auf den begrenzten Umfang der Gesamtvergütung insbesondere durch das Anliegen gerechtfertigt, eine Ausweitung der nicht RLV-gesteuerten Anteile der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu Lasten des RLV-Vergütungsvolumens zu verhindern, wie sie sich bereits ab dem ersten Halbjahr 2009 abgezeichnet hatte (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 17.07.2013, Az. [B 6 KA 45/12 R](#), juris Rn. 14 ff. und insbesondere Rn. 19, zur gleichartig fortgeführten Konvergenzregelung für das Quartal II/2010). Darüber hinaus ergibt sich die Regelungskompetenz der Partner der Honorarverteilungsvereinbarung aus [§ 85 Abs. 4 Satz 7 und Abs. 4a Satz 1 SGB V](#), wo klargestellt ist, dass die Gesamtvertragspartner nach Vorgaben des Bewertungsausschusses auch weitere Steuerungsinstrumente neben den RLV einrichten können, soweit diese nicht dem Grundsatz der Leistungssteuerung durch RLV und den dazu getroffenen Maßgaben zuwider laufen. Dabei beschränkt sich die Regelungsbefugnis nicht auf das Ziel, eine übermäßige Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit zu unterbinden. Vielmehr ist es ebenso legitim da der begrenzten Gesamtvergütung gesetzlich systemimmanent durch eine Quotierung der Vergütung das je Leistung erzielbare Honorar dem zur Verteilung stehenden Honorarvolumen anzupassen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 05.06.2013, Az. [B 6 KA 32/12 R](#), juris Rn. 41 f.). Der Abrechnungsmengenbegrenzung steht nicht entgegen, dass jedenfalls die Dialyseleistungen nicht ohne Weiteres und dann allenfalls zu Lasten konkurrierender Leistungserbringer ausgeweitet werden können, weil sie eine strenge Indikation nach objektivierbaren Kriterien voraussetzen und nur unter Beachtung eines bereits mantelvertraglich festgelegten Arzt-Patienten-Schlüssels (vgl. § 5 Abs. 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren) bei bedarfsplanerisch begrenzten Personalressourcen erbracht werden dürfen. Auch im Dialysebereich ist die Gefahr einer Leistungs- und Mengenausweitung zwar geringer als in anderen ärztlichen Bereichen, aber nicht ausgeschlossen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 03.02.2010, Az. [B 6 KA 31/08 R](#), juris Rn. 28; Sozialgericht Düsseldorf, Urteil vom 06.02.2013, Az. [S 2 KA 125/10](#), juris Rn. 19 ff.). Die sonstigen nephrologischen Leistungen außer der Dialyse unterliegen als solche ohnehin nicht den die Leistungsmenge limitierenden Vorgaben für die Qualitätssicherung in der Dialyseversorgung. Im Vordergrund der Regelung steht vor diesem Hintergrund weniger die steuernde Wirkung zur Verhinderung einer Leistungsausweitung, sondern die Verteilung der begrenzten Gesamtvergütung in Relation zu den erbrachten Leistungsmengen, das heißt das "Herunterbrechen" des kalkulatorischen Leistungsbedarfs auf das deutlich geringere Honorarverteilungsvolumen. Der Kläger kann dem nicht entgegen halten, dass Nephrologen im Allgemeinen, Dialysepraxen im Besonderen und der Kläger mit der streitgegenständlichen Betriebsstätte im Speziellen aus den genannten Gründen nicht oder nur geringfügig zu der Leistungsausweitung bei den RLV-freien Leistungen beigetragen haben, die letztlich den Ausschlag für die Einführung der Leistungsmengenbegrenzung gegeben haben. Selbst wenn konkret eingetretene Verschiebungen der Vergütungsvolumina in den Verantwortungsbereich anderer Arztgruppen fallen oder sogar systembedingt unvermeidbar sein sollten, ist es nicht zu beanstanden, wenn die Gesamtvertragspartner daraufhin die Honorierung freier Leistungen arztgruppenübergreifend auf einen Referenzmengenbezug umstellen. Das mit diesem System verfolgte Anliegen, Honorarverschiebungen von nicht ohne weiteres ausweitbaren Leistungen hin zu ausweitbaren freien Leistungen zu Lasten der für erstere zur Verfügung stehenden Mittel zu verhindern, kommt letztlich auch dem Kläger zu Gute. Die Quotierung nach § 8 Abs. 6a HVM steht nicht im Widerspruch zum Verzicht auf eine Leistungssteuerung der mit begrenztem Versorgungsauftrag ermächtigten Einrichtungen durch RLV. Auch Dialyseleistungen niedergelassener Ärzte unterliegen einer Abrechnungsmengensteuerung, nämlich durch RLV und QZV. Die Herausnahme aus diesen Steuerungsinstrumenten ist dem Status der Teilnahme des Klägers an der vertragsärztlichen Versorgung geschuldet und schließt allein eine Steuerung durch arztgruppenspezifische Instrumente RLV und QZV, nicht aber durch Bildung von Honorarfonds aus. Die Berechnung der Quote auf Basis des Vergütungsanteils der Nichtvertragsärzte im Notfall, ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigten Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie anderen ermächtigten Einrichtungen, denen kein RLV zugewiesen wurde, am fachärztlichen Versorgungsbereichsvolumen des Jahres 2008 unter Indizierung mit dem EBM-Anpassungsfaktor ist durch die Bezugnahme in § 8 Abs. 3 2. Unterabsatz HVM auf Teil F Abschnitt I Nr. 3.1.3 und Anlage 5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 218. Sitzung am 26.03.2010 hinreichend bestimmt und nachvollziehbar.

Die konkreten Berechnungsgrößen ergeben sich aus Anlage 1 des ins Verfahren eingeführten Schreibens der Beklagten aus dem Verfahren Az. S 11 KA 230/11.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der gemäß [§ 52 Abs. 1 GKG](#) in Verbindung mit [§ 1 Abs. 2 Nr. 3](#), [§ 3 Abs. 1 GKG](#) und [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach der sich aus dem Klageantrag ergebenden Bedeutung der Sache festzusetzende Streitwert entspricht der Differenz zwischen der tatsächlich ausgezahlten quotierten (Quartal III/2010: 10.471,64 EUR, Quartal IV/2010: 11.187,16 EUR) und der angestrebten unquotierten Vergütung (Quartal III/2010: 14.042,22 EUR, Quartal IV/2010: 14.195,50 EUR) für die der Leistungssteuerung unterworfenen streitbefangenen Leistungen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2014-11-03