

S 18 KA 197/10

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

18

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 18 KA 197/10

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 (RLV) unterliegende Leistungen ermächtigter Einrichtungen der Dialyseversorgung im Rahmen der Honorarverteilung war im Quartal IV/2009 auf Grund der Konvergenzregel

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Die Kosten des Verfahrens trägt der Kläger.

III. Der Streitwert wird auf 35.501,50 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Honorars für vertragsärztliche Leistungen im Quartal IV/2009. Der Kläger wendet sich gegen die Quotierung der Vergütung für 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 (Erwachsenendialyse) 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. 8 und Anlage 2c 2. Spiegelstrich und § 7 Abs. 2 Satz 1 des im Quartal IV/2009 geltenden Honorarverteilungsmaßstabes HVM (Teil 5 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 Honorarverteilung mit Wirkung für das 3. und 4. Quartal 2009 in der zum 01.01.2009 in Kraft getretenen Fassung des 4. Nachtrages vom 04.08.2010) nicht der Leistungssteuerung durch Regelleistungsvolumina RLV. Darüber hinaus waren gemäß § 8 Abs. 6 Buchst. u HVM nephrologische Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM bei der Bildung der RLV ausgenommen und nach der sächsischen Gebührenordnung zu vergüten. Im Honorarbescheid vom 26.04.2010 setzte die Beklagte die Höhe des Honorars für die im Quartal IV/2009 im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen ohne Dialysesachkosten auf 86.050,68 EUR fest. Hiervon entfielen 66.493,87 EUR auf Grund-, allgemeine und Sonderleistungen, welche die Beklagte einer Leistungssteuerung nach § 8 Abs. 6a HVM unterworfen hatte. Dabei quotierte die Beklagte jeweils gesondert die nephrologischen Leistungen nach Abschnitt 13.3.6 EBM gemäß § 8 Abs. 6a Buchst. b Nr. 16 HVM mit dem Faktor 0,65036 und die übrigen Leistungen gemäß § 8 Abs. 6a Buchst. b Nr. 22 HVM mit dem Faktor 0,72483: GOP Wert Wert zu Ansätze unquotiert Quote gezahlt lt. EBM in Pkt. 3,5001 ct je GOP lt. SGO lt. HVM lt. Nachweis 13591 695 24,33 EUR 121 2.943,93 EUR 0,65036 1.915,43 EUR 13592 720 25,20 EUR 223 5.619,60 EUR 0,65036 3.654,97 EUR 13600 590 20,65 EUR 6 123,90 EUR 0,65036 80,58 EUR 13601 590 20,65 EUR 27 557,55 EUR 0,65036 362,61 EUR 13602 855 29,93 EUR 168 5.028,24 EUR 0,65036 3.270,96 EUR 13610 420 14,70 EUR 5.443 80.012,10 EUR 0,65036 52.089,51 EUR 13611 210 7,35 EUR 873 6.416,55 EUR 0,65036 4.181,67 EUR 01430 35 1,23 EUR 4 4,92 EUR 0,72483 3,60 EUR 01620 85 2,98 EUR 1 2,98 EUR 0,72483 2,16 EUR 02100 160 5,60 EUR 2 11,20 EUR 0,72483 8,12 EUR 02110 600 21,00 EUR 19 399,00 EUR 0,72483 289,37 EUR 02111 240 8,40 EUR 18 151,20 EUR 0,72483 109,62 EUR 13254 220 7,70 EUR 3 23,10 EUR 0,72483 16,77 EUR 33042 445 15,58 EUR 45 701,10 EUR 0,72483 508,50 EUR Summe 101.995,37 EUR - 66.493,87 EUR Differenz 35.501,50 EUR

Die Quoten ermittelte die Beklagte gemäß § 8 Abs. 6a Buchst. c HVM auf Basis der leistungsbezogenen und um die bundesdurchschnittliche Morbiditätsveränderungsrate 2009 (5,1 %) sowie den durchschnittlichen EBM-Effekt 2008 (9,7 %) angepassten Abrechnungsvolumina des Vorjahresquartals: Leistungen Vergütungsvolumen gemäß HVM abgerechnete Leistungsmenge Interventions- quote Quote (1) (2) (3) (4)

(2)/(3) &61657; &8805;(4) § 8 Abs. 6a Buchst. b Nr. 16 HVM: Nephrologische Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 2.076.730,86 EUR 3.193.155,70 EUR 50 % 0,65036 § 8 Abs. 6a Buchst. b Nr. 22 HVM: alle Leistungen, die RLV-relevanten Leistungen entsprechen der Nichtvertragsärzte im Notfall, ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigte Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie andere ermächtigte Einrichtungen, soweit kein RLV zugewiesen wurde 3.447.574,14 EUR 4.756.359,50 EUR 55 % 0,72483 (http://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/img/Mitglieder/Honorar/Honorarergebnisse/2010-04-21_20094_quoten.pdf) Mit dem am 25.05.2010 eingegangenen Widerspruch vom 21.05.2010 wandte sich der Kläger gegen die Quotierung der nicht der Leistungssteuerung durch RLV unterliegenden Leistungen. 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. Zudem würden ca. 20 % der Patienten ausschließlich auf Überweisung behandelt. Im Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 180. Sitzung vom 20.04.2009 seien ab dem 01.07.2009 die nephrologischen Leistungen des Kapitels 13.3.6 EBM als außerhalb des RLV zu vergütende freie Leistungen festgelegt. Nach diesen Vorgaben dürften für Nephrologen weder Arztgruppentöpfe noch Regelleistungsvolumina gebildet werden, weil nicht das Risiko einer übermäßigen Ausweitung der Tätigkeit bestehe. Die quotierte Vergütung dieser Leistungen decke den tatsächlichen Bedarf nur ungenügend und werde dem tatsächlichen Aufwand nicht gerecht. Dies gelte entsprechend für die übrigen quotiert vergüteten Leistungen, die als Bestandteil der umfassenden Versorgung gemäß dem Versorgungsauftrag vorgehalten werden müssten. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 18.08.2010 zurück. Die Quotierung finde ihre Grundlage in § 8 Abs. 6a HVM. Die Leistungssteuerung sei eine notwendige Maßnahme zur Stabilisierung der RLV-Fallwerte gewesen, die insbesondere im fachärztlichen Bereich in unvertretbarem Ausmaß abgesunken seien, nachdem in den Quartalen I und II/2009 eine deutliche Ausweitung bei den sog. freien Leistungen zu verzeichnen gewesen sei. Auch soweit diese begründet gewesen sei (z.B. durch Leistungsverlagerung aus dem stationären in den ambulanten Bereich) hätten die Krankenkassen keine zusätzlichen Zahlungen zur Gesamtvergütung für 2009 geleistet; Mehrleistungen würden stets erst mit zwei Jahren Verzögerung in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgebildet. Nach der Herausnahme weiterer Leistungen aus den RLV sei eine Mengenbegrenzung unumgänglich gewesen. Dem habe der Bewertungsausschuss inzwischen durch die Überführung bisher freier Leistungen mittels Qualifikationsgebundener Zusatzvolumina QZV in die RLV ab dem Quartal III/2010 Rechnung getragen. Durch die Berechnung nach § 8 Abs. 6a HVM auf Basis der Honorare des Jahres 2008 mit Zuschlägen in Höhe von insgesamt knapp 15 % sei zwar zum Teil ein deutlicher Honorarverlust gegenüber den Quartalen I und II/2009 zu verzeichnen, jedoch auch ein deutlicher Zuwachs gegenüber dem Quartal IV/2008. Hiergegen richtet sich die am 27.08.2010 eingegangene Klage vom 25.08.2010. Der Kläger macht geltend, § 8 Abs. 6a 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 einer Mengenausweitung sei dem Bundessozialgericht zufolge zwar nicht ausgeschlossen, aber deutlich geringer als in anderen ärztlichen Bereichen. Der Versorgungsauftrag des Klägers sei bereits sei durch die Ermächtigung auf die Leistungen nach Anhang 9.1.3 zu § 9 Abs. 5 Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV begrenzt. Eine Quotierung würde eine weitere Beschränkung neben der zahlenmäßigen Beschränkung bei der Dialyseversorgung bedeuten. Die Berechnung der Referenzmengen für die Berechnung der Quoten sei nicht nachvollziehbar. Diese dürften nicht unter Einbeziehung niedergelassener Nephrologen ermittelt werden. Zudem sei unzulässigerweise auch ein Kinderdialysezentrum quotiert und mithin auch in die Berechnung einbezogen worden, obwohl die Kinderdialyse mit der Erwachsenenendialyse nicht vergleichbar sei. Der Kläger beantragt, den Honorarbescheid für das Quartal IV/2009 zur Betriebsstättennummer [] (Dialysezentrum L., D.-Straße, Erwachsenenendialyse) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.08.2010 aufzuheben, soweit die Beklagte die im Quartal IV/2009 erbrachten Grund-, allgemeinen und Sonderleistungen nur unter Ansatz einer Quote von 0,65036 (Leistungen nach Kapitel 13.3.6. EBM) bzw. 0,72483 (übrige Leistungen) abgerechnet hat, und die Beklagte zu verurteilen, diese Leistungen ungekürzt auf Basis des Regionalpunktwertes von 3,5001 Cent zu vergüten. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Die Quotierung nach § 8 Abs. 6a HVM sei durch die Konvergenzregelungen in Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 180. Sitzung vom 20.04.2009 gedeckt. Insoweit unterscheide sich die Rechtslage von der Konstellation im Urteil des Bundessozialgerichts vom 03.02.2010, Az. [B 6 KA 31/08 R](#). Wegen der Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der gerichtlichen Verfahrensakte und auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist unbegründet. Die Quotierung ist zulässig. Die ihr zu Grunde liegende Regelung in § 8 Abs. 6a HVM ist mit höherrangigem Recht vereinbar. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Vergütung der streitgegenständlichen Leistungen nach den Bewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zum ungekürzten Punktwert von 3,5001 Cent gemäß Teil 2 §§ 1 und 2 der Vereinbarung zur Festlegung des Regionalpunktwertes in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung für das 3. und 4. Quartal 2009. Ihre Grundlage findet die Quotierung in § 8 Abs. 6a Buchst. a, Buchst. b Nr. 16 und 22 und Buchst. c HVM: "Von der Bildung des RLV ausgenommene Leistungen, die einer Leistungssteuerung unterliegen a) Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, unterliegen auf Grundlage des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009 in der Fassung des Beschlusses vom 20. April 2009 innerhalb der Konvergenzphase einer Leistungssteuerung. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen. b) Folgende Leistungen/Fachgruppen sind unter Berücksichtigung der angegebenen Interventionsquoten von der Leistungssteuerung betroffen Nr. Leistung/Fachgruppe Interventionsquote 16 Nephrologische Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 50 % 22 alle Leistungen, die RLV-relevanten Leistungen entsprechen, der Nichtvertragsärzte im Notfall, ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigten Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie anderen ermächtigten Einrichtungen, soweit kein RLV zugewiesen wurde 55 % c) Leistungssteuerung der Leistungen nach Punkt b), ggf. getrennt nach haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich: (1) Ermittlung des Honorars pro Leistung bzw. pro Fachgruppe im Quartal des Aufsatzjahres; Das Honorar pro Leistung ergibt sich aus dem mittleren GKV-Auszahlungspunktwert der bis 2008 außerbudgetären Leistungen sowie aus dem Ansatz des mittleren RLV-Punktwertes für die bis 2008 budgetären Leistungen. Dieses Honorar wird um die bundesdurchschnittliche Morbiditätsveränderungsrate 2009 in Höhe von 5,1% und den durchschnittlichen EBM-Effekt 2008 in Höhe von 9,7% (mit Ausnahme der analytischen Laborleistungen) angepasst. (2) Ermittlung des angeforderten Honorars pro Leistung bzw. pro Fachgruppe gem. SGO 2009 pro Quartal, (3) Das Verhältnis des Quartals des Aufsatzjahres pro Leistung und des angeforderten Honorars pro Leistung 2009 bzw. pro Fachgruppe pro Quartal werden auf das individuelle Arzthonorar pro Leistung angewandt. Obergrenze für das Honorar ist das abgerechnete Honorar nach sachlich-rechnerischer Prüfung pro Leistung 2009 gem. SGO. Untergrenze der anzuwendenden Verhältnisswerte bilden die in der Tabelle aufgeführten Interventionsquoten." Gemäß Teil F des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses aus der 7. Sitzung am 27./28.08.2008 (DÄBl. 105 [2008] Nr. 38 S. A-1988 ff.) in der Fassung der Ergänzungen und Änderungen durch den Bewertungsausschuss in der 164. Sitzung am 17.10.2008 (DÄBl. 105 [2008] Nr. 48 S.

A-2607 ff.) und in der 180. Sitzung am 20.04.2009 (DÄBl. 106 [2009] Nr. 19 S. A-942) mit Wirkung ab dem 01.07.2009 sind ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen von der Zuweisung eines Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag auszunehmen, wenn die Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen begrenzt ist. Darüber hinaus unterliegen gemäß Abschnitt 2.2 unter anderem die Leistungen nach Teil F Anlage 2 Nr. 2 nicht dem Regelleistungsvolumen. Hierzu gehören gemäß Teil F Anlage 2 Nr. 2 Buchst. g 8. Spiegelstrich 10. Unterstrich unter anderem nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM. Jedoch räumt die Konvergenzregelung in Teil A Nr. 1 Satz 2 in der Fassung von Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 180. Sitzung am 20.04.2009 (DÄBl. 106 [2009] Nr. 19 S. A-942 ff., A-946) den Partnern der Gesamtverträge die Befugnis ein, eine Leistungssteuerung auch für nicht den Regelleistungsvolumina unterliegende Leistungen zu vereinbaren: "Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, können einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen." 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 der Bewertungsausschuss die Vorgaben zur Umsetzung unter anderem von [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#). Aus diesem Regelungsgefüge folgt: Die Herausnahme der einzelleistungsbezogenen ermächtigten Einrichtungen sowie der Leistungen nach Kap. 13.3.6 aus den RLV durch den Honorarverteilungsmaßstab entsprechend den Maßgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ist nicht zu beanstanden. Dem Bewertungsausschuss und im Rahmen von dessen Vorgaben den Gesamtvertragspartnern kommt insoweit Gestaltungsfreiheit zu (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 03.02.2010, Az. [B 6 KA 31/08 R](#), juris Rn. 17 ff., zu 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) 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 im ersten Halbjahr 2009 bereits 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 es ist 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. Im Dialysebereich ist die Gefahr einer Leistungs- und Mengenausweitung zwar geringer als in anderen ärztlichen Bereichen, aber nicht von vorn herein ausgeschlossen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 03.02.2010, Az. [B 6 KA 31/08 R](#), juris Rn. 28). Die sonstigen nephrologischen Leistungen außer der Dialyse unterliegen als solche ohnehin nicht den die Leistungsmenge limitierenden Vorgaben für die Qualitätssicherung in der Dialyseversorgung. Aus diesem Grund hätte sogar die Einbeziehung in RLV im Rahmen des Gestaltungsmerkmals des Bewertungsausschusses und der Gesamtvertragspartner gelegen (vgl. Sozialgericht Düsseldorf, Urteil vom 06.02.2013, Az. [S 2 KA 125/10](#), juris Rn. 19 ff.). 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 den Nephrologen zu Gute. Die Höhe der Abstaffelung resultiert hier allerdings nur in geringem Umfang aus einer Ausweitung der insgesamt abgerechneten Mengen aus der Steuerung unterliegenden Leistungen gegenüber dem Referenzquartal IV/2008. Die ihr zu Grunde liegende Differenz zwischen dem angeforderten Leistungsbedarf und dem zu verteilenden Honorar resultiert in erster Linie daraus, dass als Referenzmenge nicht der Leistungsbedarf des Basisquartals aus angeforderter Leistungsmenge in Punkten zum aktuellen Regionalpunktwert nach der Sächsischen Gebührenordnung herangezogen wird. Vielmehr wird auf die Honorarsumme des Referenzquartals abgestellt, die sich nach dem Leistungsbedarf des Basisquartals in Punkten, vervielfältigt mit den damals geltenden Punktwerten ermittelt. Diese Punktwerte wurden ihrerseits an Hand der damaligen Leistungsmenge und der Honorarfondsausstattung an Hand der Honorarfondsanteile in den Quartalen III/2005 bis II/2006 berechnet. Sie spiegeln damit die bereits damals bestehende Vergütungssituation wieder. Die Quotierung nach [§ 8 Abs. 6a HVM](#) widerspricht nicht dem Verzicht auf eine Leistungssteuerung der Dialyseleistungen durch RLV.

Gerade die vom Kläger benannten Umstände stehen einer Mengenbegrenzung durch Bezug auf leistungs- und arztgruppenbezogene Abrechnungsmengen des Referenzzeitraums nicht entgegen. Sie bedingen sie vielmehr. Der Kläger macht geltend, dass die Unabweisbarkeit und Unaufschiebbarkeit der Dialyse im Stadium V der Niereninsuffizienz gegen eine Mengensteuerung durch RLV spreche. Bei einer Einbeziehung in die RLV würde die abrechenbare Leistungsmenge nicht nur durch die Höhe der Fallwerte begrenzt, sondern auch durch die Begrenzung des RLV auf die Fallzahl aus dem jeweiligen Basisquartal, so dass selbst bei gestiegener Nachfrage Anreize zur Erhöhung der Fallzahlen durch die bei Überschreitung des RLV einsetzende Abstufung abgeschwächt werden. Fallzahlausweitungen durch Übernahme zusätzlicher Patienten resultieren nur zeitversetzt in einer Ausweitung des RLV. Dieser Effekt einer bei bestimmten Mengenüberschreitungen eingreifenden "Fallzahlbremse" tritt bei der hier gewählten Lösung, wonach das Honorar analog den tatsächlich erbrachten Leistungsmengen aus der aufgestockten Honorarsumme des Referenzzeitraums verteilt wird, nicht ein. Zwar führen Leistungsausweitungen dazu, dass die Höhe des Honorars je zusätzlicher Leistung geringer wird, dieser Effekt wird jedoch auf die Gesamtheit der Leistungserbringer verteilt, so dass sich der Anreiz zu einer künstlichen Verknappung des Leistungsangebots zu Lasten der Patienten verringert. Andererseits ist auch nicht zu befürchten, dass es zu einem ungebremsen Punktwertefall bei faktischem Zwang zur Leistungsausweitung (sog. Hamsterradeffekt) kommen wird. Denn die Gesamtmenge der Dialysen wird durch die Prävalenz der dialysepflichtigen Niereninsuffizienz bestimmt, von der angenommen werden darf, dass sie keinen unvorhersehbaren wesentlichen Schwankungen unterliegt. Damit stellt sich die Leistungsmengenbegrenzung durch Bezugnahme auf das leistungs- bzw. arztgruppenbezogene Vergütungsvolumen des Referenzzeitraums nicht per se als nachteiliger, sondern nur anders als die alternativ ebenfalls zulässige Leistungsmengensteuerung durch RLV dar. Es ist nicht zu beanstanden, dass auch die Honorare niedergelassener Nephrologen aus dem Referenzzeitraum in die Ermittlung der zu verteilenden Honorarsumme eingeflossen sind. Die Bildung eines einheitlichen Honorartopfes für den Vorwegabzug, aus dem die gleichen Leistungen unabhängig vom Status des Leistungserbringers unter Anwendung der gleichen Quote vergütet werden, bewirkt weil auch die Dialyseleistungen unabhängig von der Form der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in gleicher Weise erbracht werden eine Gleichbehandlung. Da keine wesentlichen Unterschiede in der Art der Leistungserbringung eine Differenzierung zwingend gebieten, hält sich diese im Rahmen des den Vertragspartnern zustehenden Gestaltungsermessens. Es liegt in der Konsequenz dieser Entscheidung, dass dann auch die Dialyseleistungen der niedergelassenen Nephrologen ebenso wie die des Klägers und evtl. weiterer Leistungserbringer jeweils zu den für diese geltenden Punktwerten in die Berechnung des zur Vergütung der Leistungen nach Kapitel 13.3.6 EBM bereit stehenden Gesamthonorarvolumens einfließen müssen. Ob auch die Kindernephrologie zu Recht mit quotiert wurde, ist hier nicht zu prüfen, da die von der Klage betroffene Betriebsstätte des Klägers keine Dialyse bei Kindern nach Kapitel 4.5.4 EBM abgerechnet hat. Die im gleichen Gebäude untergebrachte Einrichtung des Klägers für die Kinderdialyse rechnet ihre Leistungen unter einer eigenen Betriebsstättennummer gesondert ab. Die vom HVM vorgeschriebene Zusammenlegung der Leistungen aus Kapitel 4.5.4 EBM (Kinderdialyse) und Kapitel 13.3.6 EBM (Erwachsenendialyse) zur Bildung einer einheitlichen Quote auf den Auszahlungspunktwert nach der Sächsischen Gebührenordnung hält sich im Rahmen des Gestaltungsermessens der Gesamtvertragspartner. Gründe, die einer Zusammenfassung der Vergütung in einem einheitlichen Honorarfonds entgegenstehen und eine Trennung der Vergütungsmengen gebieten würden, sind nicht ersichtlich. Zudem wurden im Jahr 2008 nur so wenige Leistungen nach Kapitel 4.5.4 EBM abgerechnet, dass sich schon um der Validität der Datenbasis für die Vergütung der Kinderdialyse willen eine Zusammenlegung der Referenzmengen geradezu aufdrängt. Speziell im Referenzquartal IV/2008 für das streitgegenständliche Quartal IV/2009 belief sich die maßgebliche Honorarsumme für Leistungen des Kapitels 4.5.4 EBM ausweislich der ins Verfahren eingeführten Übersicht der Beklagten in der Anlage zum Schriftsatz vom 08.03.2012 (Az. S 11 KA 156/10) auf 0,00 EUR. In diesem Quartal sind also neben den Leistungen nach Kapitel 13.3.6 EBM tatsächlich keine Kinderdialyseleistungen in die Berechnung eingeflossen. Die Vertragspartner haben im HVM eine Interventionsquote von 50 % (Leistungen nach Kapitel 4.5.4 und 13.3.6 EBM) bzw. 55 % (übrige Leistungen) festgelegt. Diese Mindestvergütungsquoten sind als ausreichende Sicherung gegen einen evtl. Honorarverfall anzusehen. Letztlich stellt sich die Vergütungssituation im streitgegenständlichen Quartal im Vergleich mit den vorangegangenen Abrechnungsquartalen keineswegs als nicht mehr hinnehmbar dar. Vielmehr wurde nur die zwischenzeitliche Begünstigung aus dem ersten Halbjahr 2009 (und nachträglich auch dem Quartal III/2009) nicht weitergeführt. Quartal GKV-Honorar Quartal GKV-Honorar Quartal GKV-Honorar 2005-2 55.936,05 EUR 2007-1 45.765,87 EUR 2008-4 64.328,95 EUR 2005-3 53.823,90 EUR 2007-2 42.425,51 EUR 2009-1 98.918,77 EUR 2005-4 55.394,11 EUR 2007-3 42.029,14 EUR 2009-2 97.582,53 EUR 2006-1 54.883,27 EUR 2007-4 43.927,02 EUR 2009-3 61.513,31 EUR 2006-2 50.663,06 EUR 2008-1 50.875,07 EUR 2009-4 68.050,68 EUR 2006-3 49.117,81 EUR 2008-2 55.949,37 EUR 2010-1 60.358,65 EUR 2006-4 50.919,34 EUR 2008-3 56.394,51 EUR 2010-2 65.042,84 EUR Grafisch spiegelt sich die Honorarsituation (ohne die spätere Nachvergütung für das Quartal III/2009 wegen der verspäteten Einführung der Leistungsmengenbegrenzung) wie folgt wieder:

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 (66.493,87 EUR) und der angestrebten unquotierten Vergütung (101.995,37 EUR) für die der Leistungssteuerung unterworfenen streitbefangenen Leistungen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2014-11-03