

L 24 KA 98/13

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
24

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen
S 1 KA 13/12

Datum
16.10.2013

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen
L 24 KA 98/13

Datum
20.02.2015

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Kläger tragen die Kosten auch des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert des Verfahrens wird auf 27.265,68 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitbefangen ist der Honorarbescheid der Beklagten für die Kläger des Quartals 2010/I.

Die Kläger betreiben eine zur vertragsärztlichen Versorgung in W zugelassene Gemeinschaftspraxis und sind hausärztlich als fachärztliche Internisten tätig.

Die Beklagte wies ihnen mit Bescheid vom 17. Dezember 2009 ein Regelleistungsvolumen gemäß [§ 87b Abs. 5](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V; in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG] vom 26. März 2007 [[BGBl. I S. 378](#)], gültig bis 31. Dezember 2011; nachfolgend: "SGB V a. F.") in Höhe von 112.742,68 EUR zu. Mit Honorarbescheid vom 29. Juli 2010 gewährte sie sodann ein Bruttohonorar in Höhe von 236.718,36 EUR. Da die Kläger 150.567,54 EUR im arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (A-RLV) angefordert hätten, entspreche der anerkannte Anteil im Regelleistungsvolumen 74,91 %.

Die Kläger erhoben Widerspruch, da die Anhebung des Fallzahlkorrekturfaktors nicht geklärt sei.

Diesen wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 20. Januar 2012 zurück. Die Berechnung des Regelleistungsvolumens sei richtig erfolgt. Die Honorarabrechnung entspreche den Regelungen der geltenden Vereinbarung zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und zu den Ausführungsrichtlinien für das Jahr 2010 (in der im Quartal 2010/I geltenden Fassung vom 22. Dezember 2009, M-GV/A-RLV-Vertrag), welcher die Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BewA) bzw. des erweiterten Bewertungsausschusses (EBewA) zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung umgesetzt habe. Die Prüfung der Praxisbesonderheiten habe ergeben, dass eine außerordentliche Steigerung der Fallzahlen nicht vorliege.

Hiergegen haben die Kläger am 17. Februar 2012 Klage beim Sozialgericht Potsdam (SG) erhoben. Ihr Honorar müsse um 27.265,68 EUR höher festgesetzt werden. Die Beklagte habe zu Unrecht das Regelleistungsvolumen nicht angehoben, da Praxisbesonderheiten nicht anerkannt worden seien. Das Erfordernis einer Überschreitung der Fallzahl um mindestens 15% sei zu hoch. Es müssten vielmehr die tatsächlichen Umstände des Praxisbetriebes ausreichend berücksichtigt werden.

Das SG hat diesem Vorbringen den Antrag entnommen, den Bescheid der Beklagten vom 20. Januar 2012 aufzuheben. Es hat die Klage mit Urteil vom 16. Oktober 2013 abgewiesen (Zustellung: 6. November 2013). Der angefochtene Honorarbescheid für das Quartal 2010/I sei rechtmäßig. Die Gesamtpartner im Land Brandenburg hätten die Vorgaben des (E-)BewA in der Vereinbarung zur Gesamtvergütung und zu den arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina im Jahr 2010 rechtmäßig umgesetzt. Eine Fallzahlkorrektur gebe es für die Bildung des Regelleistungsvolumens nicht mehr. Die Zusammensetzung des Patientenlientels sei bereits bei der Festlegung des Morbiditätsfaktors berücksichtigt worden.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Kläger vom 3. Dezember 2013. Zu deren Begründung haben sie ihr bisheriges Vorbringen wiederholt. Ihr Tatsachenvortrag sei nicht berücksichtigt worden.

Sie beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 16. Oktober 2013 und den Bescheid der Beklagten vom 29. Juli 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Januar 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, den Honoraranspruch für das betreffende Quartal unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Entscheidungsgründe:

Es konnte im Beschlusswege nach [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) entschieden werden. Der Senat hält sie einstimmig für unbegründet. Er hält auch eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich. Die Beteiligten sind auf die Absicht, so vorzugehen, im Erörterungstermin am 1. Dezember 2014 hingewiesen worden.

Der Berufung muss Erfolg versagt bleiben.

Der angefochtene Honorarbescheid ist rechtmäßig und verletzt die Kläger nicht in ihren Rechten.

Das den Klägern zugewiesene Regelleistungsvolumen (RLV) verstößt nicht gegen [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) a. F.

Wie bereits das SG zutreffend ausgeführt hat, beruht dieses auf einer korrekten Umsetzung der landesrechtlichen Vorgaben durch den M-GV/A-RLV-Vertrag, der seinerseits in Übereinstimmung mit den bundesrechtlichen Vorgaben des (E)BewA steht. Diese Vorgaben haben wiederum die bundesgesetzlichen Regelungen in [§ 87b SGB V](#) a. F. rechtmäßig umgesetzt:

Gemäß [§ 87b Abs. 1 S. 1 SGB V](#) a. F. werden die vertragsärztlichen Leistungen abweichend von § 85 SGB von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) vergütet. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis sind gemäß [§ 87b Abs. 2 S. 1 SGB V](#) a. F. arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen. Dabei definiert [§ 87b Abs. 2 S. 2 SGB V](#) a. F. ein RLV nach Satz 1 als die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. Abweichend von Abs. 1 S. 1 ist die das RLV überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden ([§ 87b Abs. 2 S. 3 SGB V](#) a. F.). Der gemäß [§ 87b Abs. 4 S. 1 SGB V](#) a. F. zur Bestimmung des Verfahrens zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V berufene BewA hat - als EBewA - in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 einen Beschluss zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010 gefasst (DÄ 2009; 106[39]: A-1907; ergänzt durch den Beschluss des BewA in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009, DÄ 2009 PP [11], November 2009, S. 518). Die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008, ergänzt und geändert durch die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 8., 11. und 12. Sitzung sowie durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses in der 164., 172. und 180. Sitzung sind durch diesen Beschluss fortgeschrieben worden.

Nach Teil F Nr. 1.2.1 des vorgenannten Beschlusses werden die RLV nach Maßgabe von Nr. 2. und 3. sowie den Anlagen 1 und 2 zu Teil F für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt. Der Rechenweg für die Bestimmung des arztindividuellen RLV ist in der Anlage 2 zu Teil F Nr. 1 des Beschlusses vorgegeben. Vereinfacht dargestellt, ergibt sich die Höhe des arzt- und praxisbezogenen RLV aus der Multiplikation der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal mit dem arztgruppenspezifischen Fallwert (Bundessozialgericht -BSG-, Urt. vom 11. Dezember 2013 - [B 6 KA 6/13 R](#)- Rdnr. 20)

Die bundesgesetzlichen Vorgaben sind nach der Rechtsprechung des BSG damit rechtmäßig umgesetzt: Nach [§ 87b Abs. 3 SGB V](#) a. F. sind die Werte für die RLV somit zum einen morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen (Satz 1), zum anderen sind gemäß Satz 2 insbesondere die dort aufgeführten Zahlungen sowie Zahl und Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Ärzte zu berücksichtigen (Satz 2). Nach Satz 2 Nr. 1 wird ausdrücklich die Berücksichtigung der "Summe der für einen Bezirk der KÄV nach § 87a Abs 3 insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen" vorgegeben. Maßgeblicher Faktor für die Höhe des RLV sind somit nicht die Preise der Euro-Gebührenordnung, sondern die tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen. Somit stellt das RLV nur im "Idealfall" sicher, dass die von ihm erfasste Leistungsmenge in vollem Umfang mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet wird: Dies ist nämlich nur dann der Fall, wenn die Höhe der gezahlten Gesamtvergütungen - bzw. der auf die in das RLV fallende Leistungsmenge bezogene Anteil hieran - mit dem Geldbetrag übereinstimmt, der für die in das RLV fallenden Leistungen nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung insgesamt zu zahlen wäre. Es ist aber keineswegs ausgeschlossen, dass der für die Vergütung der in das RLV fallenden Leistungen zur Verfügung stehende Gesamtvergütungsanteil hierfür nicht ausreicht (BSG, a. a. O. Rdnr. 24). In dem Umstand, dass aus den dargestellten Gründen nicht sichergestellt ist, dass die in das RLV fallenden Leistungen in jedem Fall mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden (oder das RLV umgekehrt nicht alle "notwendigen" Leistungen umfasst), liegt keine "gesetzwidrige" Lücke, die von der Rechtsprechung im Wege der Auslegung zu füllen wäre. Wenn der Gesetzgeber für die Berechnung des RLV nicht die Preise der Euro-Gebührenordnung, sondern die Höhe der vereinbarten Gesamtvergütungen zum Maßstab genommen hat, hat er damit zwangsläufig in Kauf genommen, dass die angestrebte Vergütung aller in das RLV fallenden Leistungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nicht in jedem Fall erreicht werden kann. Im Übrigen blieb dem Gesetzgeber insoweit ohnehin kein Spielraum, weil er andernfalls die Finanzierung der vertragsärztlichen Leistungen von Grund auf neu hätte regeln müssen. Die Vorgabe absolut fester Preise für eine bestimmte - zumindest bei zahlreichen Arztgruppen den größeren Teil der vertragsärztlichen Leistungen umfassenden - Leistungsmenge ist nicht kompatibel mit einer nach anderen Kriterien vereinbarten Gesamtvergütung. Durch die Einführung der MGV und der RLV hat sich nichts daran geändert, dass die Menge des zur Verteilung unter die Vertragsärzte zur Verfügung stehenden Geldes begrenzt ist (BSG a. a. O. Rdnr. 32).

Wie bereits das SG zutreffend ausgeführt, entspricht die Umsetzung der Honorarregelungen im Land Brandenburg durch den M-GVA/A-RLV den Vorgaben des Bewertungsausschusses. Die Berechnung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina gemäß § 8 Abs. 2 der Vereinbarung des M-GVA/A-RLV erfolgt ausdrücklich nach Maßgabe der Regelungen der Teile G und H des Beschlusses 2010 einschließlich der am 22. September 2009 durch den Bewertungsausschuss als Teil F beschlossenen Ergänzungen zum Beschluss 2010 und den in diesem Vertrag vereinbarten Normen. Nach Nr. 5 der Anlage 2 zum Beschluss Teil F ist das Regelleistungsvolumen eines Arztes durch die Multiplikation des arztgruppenspezifischen Fallwertes mit der Anzahl der A-RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Staffelung der Fallwerte ermittelt worden. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen hat sich gemäß 1.2.4 aus der Addition der Regelleistungsvolumen je Arzt ergeben, welcher in der Arztpraxis tätig sei, sowie der entsprechenden Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten.

Auch die Ausnahmeregelung zu Praxisbesonderheiten (§ 17 der Vereinbarung) ist nicht zu beanstanden. Zu Recht ist das SG in materieller Hinsicht davon ausgegangen, dass die über dem Durchschnitt liegenden Fallzahlen berücksichtigt worden sind, indem zwar nicht die tatsächliche Fallzahl des I. Quartals 2010, jedoch die des I. Quartals 2009 der Berechnung des Regelleistungsvolumens zugrunde gelegt worden sind. Nach dem M-GV/A-RLV sind die (hohe) Fallzahl im I. Quartal 2010 Grundlage der Berechnung des Regelleistungsvolumens für das I. Quartal 2011. Die von der Beklagten als Mindestüberschreitung festgesetzte 15 %-Grenze ist nicht zu beanstanden. Denn bereits im Beschluss des Bewertungsausschusses wird unter 3.4 des Teiles F als für Ausnahmekriterium von "einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten" ausgegangen. Den Schluss des SG, dass eine abweichende Festsetzung über das arzt- bzw. praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus demnach die absolute Ausnahme sein soll, teilt der Senat.

Praxisbesonderheiten im Sinne des Beschlusses des BewA und seiner Umsetzung durch die landesvertragliche Regelung sind im konkreten Einzelfall zu Recht nicht berücksichtigt worden. Die Voraussetzungen für Praxisbesonderheiten des § 17 Abs. 1 M-GV/A-RLV-Vertrag sind nicht erfüllt: Die erforderliche Erhöhung um mehr als 15 % der Zahl der behandelten Versicherten im Vergleich zum Vorjahresquartal lag nicht vor.

Auch § 17 Abs. 3 M-GV/A-RLV-Vertrag war nicht einschlägig. Danach hätte bei Vorliegen einer für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung der Fallwert für die Berechnung des A-RLV angehoben werden können, soweit die hierfür erforderlichen Voraussetzungen (Fallwertüberschreitung im Widerspruchsquartal im Vergleich zur Arztgruppe um mehr als 30 %, Anteil der spezialisierten Leistungen am A-RLV-Gesamtleistungsbedarf mehr als 15 % sowie Überschreitung des Anteils spezialisierter Leistungen am A-RLV-Gesamtleistungsbedarf im Vergleich zur Arztgruppe um mindestens 50 %) insgesamt erfüllt gewesen wären. Zwar war in dem streitgegenständlichen Quartal das Regelleistungsvolumen um 33,5 % überschritten. Allerdings lag beim Kläger zu 2.) der tatsächlich angeforderte Fallwert von 43,89 EUR im Widerspruchsquartal nur um 2,89 % und damit weniger als 30 % höher als der tatsächliche Fallwert der Arztgruppe (42,66 EUR). Bei der Klägerin zu 1) lag der tatsächlich angeforderte Fallwert sogar unter dem der Arztgruppe.

Es ist abschließend auch ganz allgemein nicht ersichtlich, dass ein Verstoß gegen den Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung vorliegt: Ein aus dem Gebot einer angemessenen Vergütung herzuleitender Anspruch auf Höherbewertung bestimmter Leistungen oder Leistungskomplexe besteht nicht (BSG, Urteil vom 7. Februar 1996 – 6 RKa 6/95 – juris). Der Schutz des [Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#) umfasst grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit (vgl. Bundesverfassungsgericht [BVerfGE 88, 145](#), 159; [101, 331](#), 346). Dieser Schutz kann jedoch gemäß [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) auf gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden. Der erforderliche Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung ist – erst – dann nicht mehr verhältnismäßig (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw. eine Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem – fachlichen und/oder örtlichen – Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (ständige Rechtsprechung des BSG, z. B. Urt. v. 11. Dezember 2013, Rdnr. 42 mit Nachweisen). Greifbare Anhaltspunkte für eine Gefährdung der hausärztlichen Versorgung liegen indes nicht einmal in Ansätzen vor.

Die Kostenentscheidung ergeht nach [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung](#).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Streitwertfestsetzung, die nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht angefochten werden kann ([§ 177 SGG](#)), folgt hier aus [§ 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz](#) aufgrund des dezidierten Begehrens nach ergänzender Honorarfestsetzung.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2015-02-25