

L 24 KA 22/15

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

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen
S 1 KA 115/13

Datum
06.05.2015

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen
L 24 KA 22/15

Datum
18.03.2016

3. Instanz
Bundessozialgericht

Aktenzeichen
B 6 KA 17/17 R

Datum
16.05.2018

Kategorie

Urteil

Bemerkung

BSG Urteil +/-

Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit sind die Honorarbescheide der Beklagten für die Klägerin für die Quartal 2010/I und 2010/II.

Die Klägerin ist eine zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG), welche seit dem IV. Quartal 2009 besteht. Die üBAG bestand in den streitgegenständlichen Quartalen aus zwei Orthopäden mit einem Tätigkeitsumfang von je 1,0 und zwei Chirurgen, ebenfalls mit einem Tätigkeitsumfang von je 1,0.

Die Beklagte wies ihr mit Bescheid vom 17. Dezember 2009 für das Quartal 2010/I ein Regelleistungsvolumen in Höhe von 121 832,10 Euro zu.

Die Klägerin reichte hiergegen am 31. Dezember 2009 Widerspruch ein: Es fehle der 10 prozentige Zuschlag für die angestellten Orthopäden.

Die Beklagte bestimmte weiter mit Bescheid vom 25. Februar 2010 ein Regelleistungsvolumen für das Quartal 2010/II in Höhe von 133 768,70 Euro.

Mit Honorarbescheid vom 29. Juli 2010 gewährte sie den Klägern für 2010/I ein Bruttohonorar über 239 119,70 Euro für 3 757 Behandlungsfälle. Dabei war ein errechnetes RLV von 97 728,72 Euro zugrunde gelegt, 89 % der angeforderten 109 804,88 Euro. Als Honoraranteil für Zuschlagsleistungen waren darin 6,10 Euro x 2 379 Fälle diagnostische Radiologie der Chirurgen Dr. L + 1440 x 7,2 Euro diagnostische Radiologie des Orthopäden Dr. G enthalten. Für Dr. G wurde ein Kooperationsaufschlag von 1,1 berücksichtigt.

Die Kläger erhoben hiergegen am 31. August 2010 Widerspruch. Zur Begründung wandte sie sich gegen den Ansatz von nur 6,10 Euro pro Patient für radiologische Leistungen, obgleich die Praxisbesonderheit bestehe, dass Frau Dr. L als einzige Chirurgen im Land Brandenburg Mammographien anbiete. Alleine für diese spezielle Leistung erhielten beispielsweise Gynäkologen bereits 5,00 Euro pro Patient.

Nach vorangegangener Zuweisung des RLV mit Bescheid vom 25. Februar 2010 bewilligte die Beklagte mit Honorarbescheid vom 28. Oktober 2010 für 2010/II ein Bruttohonorar in Höhe von 231 718,59 Euro für 3 838 Behandlungsfälle. Die Vergütungsquote im RLV betrug 92,5 %. Für die Erbringung radiologischer Leistungen wurde für die beiden Chirurgen eine Zuschlagsleistung in Höhe von 14 206,90 Euro gewährt (6,10 Euro pro Fall) sowie für die beiden Orthopäden 12 722,40 Euro (7,20 Euro pro Fall). Wiederum wurde (nur) für zwei Ärzte ein Kooperationsaufschlag von 1,1 berücksichtigt.

Die Beklagte half mit Bescheid vom 20. Januar 2012 dem Widerspruch gegen den Honorarbescheid vom 28. Oktober 2010 für das Quartal 2010/II teilweise ab und erstattete die Praxisgebühr für eine Patientin zurück.

Mit Bescheid vom 9. März 2012 gab die Beklagte auch dem Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal 2010/I teilweise -in Höhe von 16,82 Euro- statt, soweit dort auch Richtigstellungen beanstandet worden waren.

Mit Widerspruchsbescheid vom 9. Oktober 2013 (Zustellung: 10. Oktober 2013) wies die Beklagte den Widerspruch (im Übrigen) zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Honorarabrechnung entspreche den Regelungen der geltenden Vereinbarung zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und zu den arztbezogenen Richtgrößenvolumen (A RLV) im Jahr 2010 nach dem M GV/A RLV Vertrag 2010 in der Fassung des 1. Nachtrages, der die Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BewA) bzw. des erweiterten Bewertungsausschusses (EBewA) zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010 umgesetzt habe. Da Dr. L im Vorjahresquartal nicht in einer BAG oder Praxis mit angestellten Ärzten tätig gewesen sei, sei die dem A RLV im Quartal 2010/I zugrunde gelegte Fallzahl nicht nach Maßgabe des Beschlusses F.1.2.4 b quotiert worden und auch kein Zuschlag gewährt worden. Das Quartal 2010/I sei für Dr. T das 4. Abrechnungsquartal gewesen. Für ihn sei die Neu- und Jungpraxenregelung des § 16 Abs. 1 M GV/A RLV-Vertrag 2010 angewendet worden, also die tatsächliche Fallzahl des Abrechnungsquartals herangezogen worden. Diese werde deshalb auch nicht quotiert. Die Gewährung eines Zuschlages für Berufsausübungsgemeinschaften/Praxen mit angestellten Ärzten sei nicht möglich. Praxisbesonderheiten nach § 17 Abs. 1 M GV/A RLV-Vertrag 2010 lägen nicht vor. Wie ausgeführt, sei für Dr. T die tatsächliche Fallzahl zugrunde gelegt worden, eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten um mehr als 15 im Vergleich zum Vorjahresquartal könne deshalb per se nicht vorliegen. Diese Voraussetzung erfüllten auch nicht Dr. G, Dr. L sowie Dr. G. Auch eine Anpassung nach § 17 Abs. 3 M GV/A RLV-Vertrag 2010 scheide aus. Das Regelleistungsvolumen der Praxis überschreite die der Gesamtarztgruppe um 12,36 % und damit weniger als die erforderlichen 30 %. Es sei auch keine Praxisbesonderheit nach § 17 Abs. 4 M GV/A RLV-Vertrag 2010 im Einzelfall im Widerspruchsverfahren anzuerkennen gewesen. Zwar sei Dr. L die einzige niedergelassene Fachärztin für Chirurgie, die Leistungen der Mammographie abrechne. Jedoch werde diese Leistung im Planungsbereich auch von einer radiologischen Praxis ebenfalls in N angeboten. Auch der tatsächliche Fallwert der Praxis sei keine Grundlage für eine Einzelfallregelung. Zwar lägen diesbezüglich keine Vergleichswerte der Arztgruppe der Fachärzte für Chirurgie vor. Der tatsächlich angeforderte Fallwert inklusive Mammographieleistungen liege im Widerspruchsquartal mit 12,98 % zwar über dem tatsächlichen Fallwert der Arztgruppe ohne Mammographieleistungen. Eine erhebliche Überschreitung von mindestens 30 % sei auch dann nicht gegeben. Zudem überschreite Dr. L zwar das Honorarvolumen für Zuschlagsleistungen im Bereich der diagnostischen Radiologie, jedoch werde durch die Verrechnung mit freien Ressourcen bei den Zuschlagsleistungen innerhalb der überörtlichen BAG eine hundertprozentige Vergütung bei diesen Leistungen erreicht.

Mit weiterem Widerspruchsbescheid vom 9. Oktober 2013 wies die Beklagte den Widerspruch hinsichtlich des Quartals 2010/II (im Übrigen) zurück. Zur Begründung führte sie u. a. aus, (nur) für Dr. G und Dr. G, die bereits im Vorjahresquartal in einer Praxis tätig gewesen seien und deren A RLV in Anwendung der Fallzahl des Vorjahresquartals zu berechnen gewesen sei, sei ein Kooperationsaufschlag von je 1,1 gewährt worden. Die Voraussetzungen für Praxisbesonderheiten nach § 17 M GV/A RLV-Vertrag 2010 lägen nicht vor.

Hiergegen hat die Klägerin am 8. November 2013 beim Sozialgericht Potsdam (SG) Klage erhoben (Az.: [S 1 KA 115/13](#)). Am selben Tag hat sie auch hinsichtlich des Quartals 2010/I Klage eingereicht (Az.: S 1 KA 116/13).

Das SG hat mit Beschluss vom 6. Mai 2015 die Klageverfahren verbunden.

Zur Begründung der Klagen hat die Klägerin vorgebracht: Ihre Praxis sei wesentlicher Bestandteil der Sicherstellung von Mammographieleistungen in der gesamten Region N. Die bestehende radiologische Praxis könne den ambulanten Leitungsbedarf nicht ausreichend erbringen. Die einschlägige Gebührennummer 34270 EBM schlage mit 750 Punkten zu Buche. Dies entspreche nach dem Orientierungspunktwert 2009 26,25 Euro. Die Beklagte verstoße gegen den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung sowie des [Art. 3 Grundgesetz \(GG\)](#), indem sie erst bei einer Überschreitung von mehr als 30 % über dem Vergleichsgruppenfallwert die Mammographieleistungen als Praxisbesonderheit anerkennen wolle. Aufgrund der ganz erheblichen Anschaffungskosten zur Vorhaltung der erforderlichen Röntgentechnologie liege ein bedeutender Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit der Kläger vor. Das faktische Verbot (durch faktische Nichtvergütung der Leistung) werde zu gravierenden Folgen für die Versorgung und Sicherstellung der Patienten haben. Hinsichtlich der Nichtgewährung der Kooperationszuschläge vermende die Beklagte den Beschluss des BewA über den Kooperationsaufschlag mit der in Brandenburg eingeführten Jungarztregelung. Die Beschränkung des Kooperationszuschlages erfolge ohne ausreichende Ermächtigungsgrundlage und wirke dem Ziel des Gesetzes und des Beschlusses entgegen, die Kooperation zwischen Vertragsärzten zu befördern und Nachteile, insbesondere bei Ordinationsgebühren, auszugleichen. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), Jungpraxen in der Aufbauphase Honorarsteigerungen durch Fallzahlerhöhungen zu ermöglichen, sei durch das Inkrafttreten der verpflichtenden Vorgabe der Einführung von Regelleistungsvolumina unberührt geblieben (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 5. Juni 2013 - [B 6 KA 32/12 R](#) - Rdnr. 50 f.).

Die Beklagte hat vorgebracht, der Klägerin werde durchaus für die Fachärzte für Chirurgie pro Behandlungsfall, also auch für Versicherte, bei denen Mammographien durchgeführt würden, ein RLV Fallwert in Höhe von 24,49 Euro zuerkannt. Die Fachgruppe der Radiologen, die normal die Mammographien erbrächten, erhielte für diese Versicherten lediglich einen Fallwert in Höhe von 23,16 Euro. Zudem hätten die Kläger pro Behandlungsfall, also auch für diejenigen Patienten, bei denen keine radiologische Diagnostik durchgeführt worden sei, den Fallwertzuschlag in Höhe von 6,10 Euro erhalten. Zudem habe die Überschreitungsquote der Arztgruppe der Chirurgen im Quartal 2010/I durchschnittlich 24 % betragen. Demgegenüber liege die Quote der Klägerin nur bei 12,36 %. Die geltend gemachte Praxisbesonderheit Mammographie sei in die Mischkalkulation aller von der Klägerin erbrachten Leistungen einzubeziehen und könne nur dann als Grundlage einer Ausnahmeregelung dienen, wenn hieraus im Vergleich zu den Fachkollegen vergütungsseitig eine ungerechtfertigte Benachteiligung folge. Gerade weil es sich um eine für das Fachgebiet untypische Leistung handele, liege die Wirtschaftlichkeit der Erbringung dieser Leistung im Risikobereich der Klägerin. Der Kooperationsaufschlag werde bereits nach F.1.2.4 des Beschlusses des BewA vom 22. September 2009 (Beschluss Teil F) auf die nach den Regelungen der Anlage 2 Nr. 5 berechneten Regelleistungsvolumen gewährt, also aus den anhand des Vorjahresquartals ermittelten Werten. Bei Dr. L und Dr. T sei das Regelleistungsvolumen auf der Grundlage unquotierter Fallzahlen, Dr. To aufgrund der aktuellen Arztfallzahl des Abrechnungsquartals. Durch diesen abweichenden Berechnungsmodus in analoger Anwendung der Jungpraxenregelung sei die Klägerin bereits begünstigt. Nach F.1.2.4 Satz 6 des Beschlusses entfalle bei einer solchen Abweichung von den Vorgaben der Anspruch auf Gewährung des Kooperationsfaktors.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 6. Mai 2015 (Zustellung 19. Mai 2015) abgewiesen. Zur Begründung hat es u. a. ausgeführt, die Gesamtpartner im Land Brandenburg hätten die einschlägigen Vorgaben des (E)BewA in der Vereinbarung zur Gesamtvergütung und zu den arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina im Jahr 2010 rechtmäßig umgesetzt. Insbesondere seien Abweichungsmöglichkeiten bei außerordentlich starker Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten, bei Neuzulassungen und Umwandlung der Kooperationsform sowie sonstigen Praxisbesonderheiten vorgesehen. Bei der Klägerin sei in den Quartalen 2010/I und 2010/II § 16 M-GV-A-RLV Vertrag 2010

angewendet worden. Dass dabei nicht kumulativ sowohl die Anfängerregelungen als auch der Kooperationsaufschlag gewährt worden sei, sei rechtmäßig. Insoweit liege weder ein Verbot gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vor noch widerspreche dies einer angemessenen Vergütung. Die Beklagte habe ferner auch § 17 M-GV/A-RLV-Vertrag 2010 ausreichend umgesetzt. Entgegen der Auffassung der Klägerin sei die Erbringung von Röntgenleistungen danach grundsätzlich nur im Sinne der Anlage 1 zum Beschluss Teil F Ziffer 6 zu berücksichtigen, also bei Chirurgen ein Zuschlag von 6,10 Euro und bei Orthopäden ein Zuschlag von 7,20 Euro auf den Fallwert pro Behandlungsfall. Aus den Honorarbescheiden ergebe sich, dass im Bereich der diagnostischen Radiologie durch Verrechnung nicht ausgeschöpfte Anteile der einzelnen Ärzte mit dem von Frau Dr. L angeforderten Honorar für Zuschlagsleistungen eine 100 %ige Vergütung erfolgt sei. Damit seien auch die erbrachten und abgerechneten Mammographieleistungen vergütet. Eine besondere Berücksichtigung der Mammographieleistungen sei deshalb zu Recht ausgeschlossen worden. Die Vorgabe einer 30 %igen Überschreitung des Fallwertes sei bereits durch den Beschluss des BWA vorgegeben. Auch die Entscheidung, keine Anhebung nach § 17 Abs. 4 M GV/A RLV-Vertrag 2010 vorzunehmen, sei rechtmäßig. Nach der Rechtsprechung des BSG liege gerade bei Spezialisierungen, wie hier der für das Fachgebiet Chirurgie untypischen Mammographieleistungen, das wirtschaftliche Risiko beim Vertragsarzt. Er müsse die Erbringung dieser speziellen Leistungen in die Mischkalkulation einbeziehen. Durch die nicht gesonderte Berücksichtigung der Mammographieleistungen werde weder gegen eine leistungsproportionale Vergütung verstoßen noch liege ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) vor (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 - [B 6 KA 44/03 R](#)). Die Klägerin könnte zuletzt auch nicht den Betrag der Euro-Gebührenordnung in Höhe von 52,50 Euro für eine Mammographie beanspruchen. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG habe der einzelne Arzt keinen subjektiven Rechtsanspruch auf Vergütung jeder einzelnen Leistung in einer bestimmten Höhe (Bezugnahme auf BSG, Beschluss vom 11. März 2009 - [B 6 KA 31/08 B](#)).

Gegen dieses Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin vom 18. Juni 2015. Zu deren Begründung hat sie ergänzend vorgebracht, das SG habe bereits früher einmal zu Recht erkannt, dass bei ihnen ein Zusatzbudget für die von Dr. L ausgeführten Mammographieleistungen geschaffen werden müsse. Es habe damals ausgeführt, unter den radiologischen Leistungen welche diese als Chirurgin erbringe, könne die mammographische Leistung in Hinsicht auf ein eventuelles regionales Versorgungsdefizit ein solches Gewicht erlangen, dass eine Erweiterung des Zusatzbudgets "Teilradiologie" ernsthaft in Betracht zu ziehen sei. Dr. L sei schlicht nicht mit der Fachgruppe der Chirurgen in Brandenburg vergleichbar, weil sie überdurchschnittlich viele Mammographieleistungen erbringe. Diese würden aufgrund der von der Beklagten angewendeten Systematik nicht leistungsproportional vergütet. Es handele sich insoweit um besonders förderungswürdige Leistungen im Sinne des [§ 87 b Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) i. V. m. Beschluss Teil F Abschnitt 1 Ziffer 2.2. und 2.3. Es läge hier ein Ausnahmefall vor, der ein Abweichen vom festgelegten Regelleistungsvolumen rechtfertige. Die Abrechnungsgenehmigung für Mammographieleistungen sei einem Fall von Doppelzulassung von Ärzten zumindest vergleichbar. Hierfür habe das Hessische Landessozialgericht (Urteil vom 7. November 2009 - [L 4 KA 31/07](#)) entschieden, dass es unzulässig sei, Ärzte mit Doppelzulassung auf die Abrechnung des Ordinationskomplexes nur eine Fachgebietes zu beschränken. Die Klägerin beruft sich weiter auf das Urteil des Hessischen LSG vom 17. März 2010 ([L 4 KA 28/08](#)).

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 6. Mai 2015, und die Bescheide vom 17. Dezember 2009 und 25. Februar 2010 sowie die Bescheide vom 29. Juli 2010 in Gestalt des Bescheides vom 09. März 2012 und Widerspruchsbescheides vom 9. März 2013 und den Bescheid vom 28. Oktober 2010 in Gestalt des Bescheides vom 20. Januar 2012 und des Widerspruchsbescheides vom 9. Oktober 2013 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über den Honoraranspruch der Klägerin für die Quartale 2010/I und 2010/II unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist sie auf ihren bisherigen Vortrag und auf die aus ihrer Sicht zutreffende Rechtsauffassung des SG im angefochtenen Urteil. Die Klägerin erfülle weder die Voraussetzung einer dreißigprozentigen Überschreitung des tatsächlichen Fallwertes im Vergleich zur Arztgruppe. Die Abweichung betrage nur 14,16 % (Quartal 2010/I) bzw. 12,98 % (Quartal 2010/II). Es liege auch keine unterdurchschnittliche Vergütungsquote im Bereich der RLV Leistungen vor. Die Vergütungsquote im Regelleistungsvolumen inklusive Mammographie betrage bei der Klägerin 97,60 % (Quartal 2010/I) im Vergleich zu 77,85 % der chirurgischen Fachärzte und im zweiten streitgegenständlichen Quartal 94,5 % versus 78,68 %. Auch aus der allgemeinen Honorarentwicklung seit 2009/I lasse sich kein Härtefall mit existenzgefährdenden Honorarverlusten herleiten.

Entscheidungsgründe:

Der Berufung bleibt Erfolg versagt.

Das SG hat die Klagen zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen, auf die zunächst zur Vermeidung bloßer Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) verwiesen wird.

Die angefochtenen Honorarbescheide in der Fassung der jeweiligen Änderungsbescheide und in Gestalt der Widerspruchsbescheide sind nicht rechtswidrig und verletzen die Kläger nicht in ihren Rechten.

Das der Klägerin zugewiesene Regelleistungsvolumen (RLV) einschließlich der Zusatzleistungen verstößt nicht gegen [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) 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.").

Wie bereits das SG zutreffend ausgeführt hat, beruhen die Honorarbescheide auf einer korrekten Umsetzung der landesrechtlichen Vorgaben durch den M-GV/A-RLV, der seinerseits in Übereinstimmung mit den bundesrechtlichen Vorgaben des (E)BewA steht. Diese Vorgaben haben wiederum die formalgesetzlichen 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 V](#) 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-, Ur. 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).

Die Umsetzung der Honorarregelungen im Land Brandenburg durch den M-GVA/A-RLV entspricht den Vorgaben des Bewertungsausschusses (so bereits Beschluss des Senats vom 20. Februar 2015 - [L 24 KA 98/13](#) juris-Rdnr. 28ff sowie Urteil vom 6. Oktober 2015 - [L 24 KA 65/14](#)- juris-Rdnr.49ff):

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 zu ermitteln. Der arztgruppenspezifische Fallwert wird nach Anlage 2 zu Teil F des Beschlusses Abschnitt 1 Nr. 4 gebildet, indem der arztgruppenspezifische Anteil am RLV Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs durch die arztgruppenspezifische Anzahl der RLV relevanten Arztfälle des Vorjahresquartals dividiert wird. In Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV relevanten Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis (BHF) multipliziert mit seinem Anteil an der RLV relevanten Arztfallzahl der Praxis.

Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen ergibt sich gemäß 1.2.4 aus der Addition der Regelleistungsvolumen je Arzt, welcher in der Arztpraxis tätig sei, sowie der entsprechenden Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten.

Für Ärzte im I. bis IV. Abrechnungsquartal (Neupraxen) und Jungpraxen (Ärzte im V. bis VIII. Abrechnungsquartal) wird zur Ermittlung des A RLV nicht auf das Vorjahr abgestellt, sondern die tatsächliche Fallzahl des Abrechnungsquartals herangezogen, maximal jedoch die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe. Steht (bereits) eine Vergleichsfallzahl aus dem Vorjahresquartal zur Verfügung, findet diese nach § 16 Abs. 1 M GV/A RLV-Vertrag 2010 Anwendung, sofern sie die tatsächliche Fallzahl des Abrechnungsquartals und/oder die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe überschreitet. Bei der Zuordnung der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe werden grundsätzlich keine Gewichtungsfaktoren angesetzt.

Für Berufsausübungsgemeinschaften, medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw.

anderer Schwerpunkte wird das RLV um 5 % je Arztgruppe/Schwerpunkt für maximal sechs Arztgruppen/Schwerpunkte und für jede weitere Arztgruppe/Schwerpunkte um 2,5 %, jedoch insgesamt höchstens um 40 % erhöht. Dabei werden Ärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen nur mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt (Beschluss F.1.2.4 b). Auf diese Weise soll ein Ausgleich für gemeinsame Behandlungsfälle und in der Folge für die Behandlungsfallnormierung (Quotierung) der A-RLV zugrunde gelegten Arztfälle des Vorjahresquartals erfolgen.

Die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten erfolgt nach § 17 M-GV/A-RLV Vertrag 2010 in Umsetzung des [§ 87 b Abs. 2 SGB V](#) a. F., wonach bei einer ungewöhnlich Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten von den Regelleistungsvolumina abgewichen werden kann.

Der hiesige Senat hat bereits entschieden, dass die Regelung eines Kooperationszuschlags unter anderem für Berufsausübungsgemeinschaften in den Beschlüssen des BewA (in Teil F I 1.2.4 bis 30. Juni 2010) hinreichend umgesetzt ist und der Förderpflicht solcher Einrichtungen genügt, auch wenn die Vertragspartner primär nur eine Vermeidung von Benachteiligungen bezweckt haben sollten (Urteil vom 6. Oktober 2015 - [L 24 KA 65/14](#) - juris-Rdnr.24)

Zutreffend haben die Beklagte und das SG darauf verwiesen, dass diese Kooperationszuschläge bei der Berechnung des RLV einzubeziehen sind, also unter Zugrundelegung der Zahlen des Vorjahresquartals. Bilden -wie bei Anwendung der Jungpraxenregelung nach § 16 M-GV/A-RLV Vertrag 2010- die aktuellen Fallzahlen die Grundlage, ist für ein Kooperationszuschlag keine Raum

Das SG hat auch bereits zutreffend entschieden, dass die Besonderheit der Erbringung von Mammographien in den hier streitgegenständlichen Quartalen kein Abweichen von den Regeln des M-GB/A-RLV zu Gunsten der Klägerin erzwingt:

Speziell nach § 17 Abs. 3 M-GV/A-RLV-Vertrag 2010 kann bei Vorliegen einer für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung der Fallwert für die Berechnung des A-RLV angehoben werden, soweit die Fallwertüberschreitung im Quartal im Vergleich zur Arztgruppe mehr als 30 % beträgt, der Anteil der spezialisierten Leistung am A-RLV-Gesamtleistungsbedarf größer als 15 % ist, und der Anteil spezialisierter Leistungen am A-RLV-Gesamtleistungsbedarf im Vergleich zur Arztgruppe 50 % oder mehr beträgt. Als spezialisierte Leistungen gelten nicht regelmäßig im erheblichen Umfang in der Arztgruppe durchgeführte Leistungen. Bei Praxen mit mehreren Vertragsärzten soll ferner eine Überschreitung des A-RLV der Praxis um mindestens 30 % vorliegen.

Wie die Beklagte hier in den angegriffenen Bescheiden dargestellt hat, liegen diese Voraussetzungen bei der Praxis der Klägerin nicht vor.

Nach der Rechtsprechung des BSG bestand hier zwar für die Beklagte ein Anlass zur Prüfung einer Praxisbesonderheit auch im Hinblick auf die Versorgung der Versicherten mit Mammographieleistungen in der Region. Besonderheiten einer Praxis streiten danach dann für eine Ausnahme von den RLV im Interesse der Sicherstellung, wenn der Anteil der Spezialleistungen am Gesamtpunktzahlvolumen überdurchschnittlich hoch ist. Dies wird in der Regel mit einem überdurchschnittlichen Gesamtpunktzahlvolumen einhergehen. Als überdurchschnittlich wird in Anknüpfung an die Rechtsprechung des BSG zur Anerkennung eines Versorgungsschwerpunktes jedoch jeweils eine Überschreitung des Durchschnitts bzw. ein Anteil der Spezialleistungen von mindestens 20 % angesehen (BSG, Urteil vom 29. Juni 2011 - [B 6 KA 18/10 R](#) - Rdnr. 23 mit Bezug auf [BSGE 87, 112](#), 117 und weiteren Nachweisen). Um einerseits von einem dauerhaften Versorgungsbedarf ausgehen zu können, andererseits aber auch Schwankungen zwischen den Quartalen aufzufangen, ist nicht auf jedes einzelne Quartal abzustellen. Ausreichend ist, dass sich die Überschreitungen als Durchschnittswert in einem Gesamtzeitraum von vier aufeinander folgenden Quartalen ergeben. Bei der Prüfung, ob eine Praxis in dem beschriebenen Sinne Besonderheiten aufweist, steht der Kassenärztlichen Vereinigung kein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zu. Es kommt nämlich - im Gegensatz etwa zur Entscheidung der Zulassungsgremien über die Zulassung wegen Sonderbedarfs oder der Erteilung einer Genehmigung zum Betrieb einer Zweigpraxis oder der Erteilung einer Ermächtigung - nur auf die ermittel- und nachvollziehbaren besonderen Verhältnisse der einzelnen Praxis im Vergleich zur Fachgruppe an (BSG, a. a. O., Rdnr. 25 mit Bezugnahme auf BSG SozR 4 2500 § 87 Nr. 19 Rdnr. 16).

Die Prüfung hier hat allerdings ergeben, dass das Indiz einer Ausnahme von den RLV des überdurchschnittlich hohen Anteils der Spezialleistungen am Gesamtpunktzahlvolumen nicht erfüllt ist. Die Überschreitung des Durchschnitts bzw. ein Anteil der Spezialleistungen von mindestens 20 % hat die Klägerin nicht erfüllt.

Soweit sich die Klägerin auf die Rechtsprechung zur Notwendigkeit, bei Doppelzulassungen die Ordinationskomplexe beider Fachgebiete abrechnen zu dürfen, beruft (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 11. Mai 2011 - [B 6 KA 2/10 R](#) - in Bestätigung des Urteils des Hessischen LSG vom 4. November 2009), betrifft dies eine Frage des EBM und lässt die Grundsätze des [§ 87 b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis unberührt, die zur Schaffung des Systems der Regelleistungsvolumen geführt haben.

Im Urteil des BSG vom 29. Juni 2011 ([B 6 KA 18/10 R](#)), das auf das von der Klägerin in Bezug genommene Urteil des Hessischen LSG vom 17. März 2010 ([L 4 KA 28/08](#)) ergangen ist, hat das BSG der dortigen Kassenärztlichen Vereinigung nur vorgeworfen, die tatbestandlichen Voraussetzungen für eine Entscheidung über die Erhöhung der RLV aus Gründe der Versorgungssicherheit zu eng ausgelegt zu haben, indem sie sich allein darauf berufen hat, dass weitere Ärzte im Planungsbereich entsprechende Leistungen erbrächten (juris-Rdnr. 19). Das Merkmal der Sicherstellung ist nämlich im Zusammenhang mit der Anpassung von RLV nicht so eng zu verstehen, dass es nur darauf ankommt, ob ohne den betreffenden Arzt die qualifizierte Leistung im Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung steht. Diese Sichtweise greift nicht, weil damit bei allen Vertragsärzten, die spezielle Leistungen anbieten, auf die jeweils anderen in der gleichen Situation verwiesen werden kann (BSG, a. a. O. unter Bezugnahme auf [BSGE 87, 112](#), 119).

Die Beklagte hat in den Widerspruchsbescheiden zur Begründung ihrer Verneinung einer Praxisbesonderheit nach § 17 Abs. 4 M-GV/A-RLV Vertrag 2010 nicht nur auf die im Planungsgebiet bestehende radiologische Praxis verwiesen. Sie hat vielmehr auch anhand der tatsächlichen Fallwerte -wie geschildert- den Bedarf für eine RLV-Anpassung für nicht gegeben erachtet. Der Senat teilt zuletzt die Auffassung des SG im angefochtenen Urteil, dass eine vom M-GV/A-RLV Vertrag 2010 abweichende Ermessensentscheidung auch nicht zur Beachtung der Grundrechte der Inhaber der Klägerin erforderlich war.

Der Schutz des [Art. 12 Abs. 1 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). Nach der Rechtsprechung des BSG kann sich zudem der einzelne Arzt im Rahmen einer Inzidentprüfung der für die Vergütungshöhe maßgeblichen Vorschriften des EBM und des Honorarverteilungsmaßstabs nur dann auf den Grundsatz der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen berufen, wenn durch die zu niedrige Honorierung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes - beziehungsweise zumindest hinsichtlich eines Teilgebiets und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem beteiligten ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre oder dann, wenn in einem - fachlichen 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 (BSG, B. v. 11. März 2009 - [B 6 KA 31/08 B](#) - Rdnr. 11 mit umfangreichen Nachweisen).

Hier allerdings hat die Klägerin nur vorgetragen, dass die Mammographieleistungen in ihrer Region nicht mehr erbracht werden könnten, wenn sich die aus ihrer Sicht ungenügende Vergütung fortsetze. Greifbare Anhaltspunkte für eine Gefährdung dieser speziellen radiologischen Versorgung liegen jedoch nicht vor: Es ist weder vorgetragen noch bestehen konkrete Anhaltspunkte, dass die Mammographien nicht kostendeckend erbracht werden könnten. Die Beklagte hat wiederholt darauf hingewiesen, dass der Klägerin immerhin die Zusatzleistungen Radiologie ohne Abstaffelung zuerkannt worden sei. Im Übrigen gilt ganz allgemein, dass es durchaus Leistungen geben kann, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist. Entscheidend ist nämlich, dass der Vertragsarzt insgesamt Anspruch auf eine leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung hat, der in aller Regel dazu führt, dass das aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erzielbare Einkommen Ärzten hinreichend den Anreiz bietet, an der vertragsärztlichen Versorgung mitzuwirken. (BSG, Urteil vom 14. März 2010 - [B 6 KA 54/00 R](#)).

Die Kostenentscheidung ergeht nach [§ 197 a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2018-10-18