

L 7 KA 4/15

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

7

1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 71 KA 251/13

Datum
03.12.2014

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen

L 7 KA 4/15
Datum

12.12.2018

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 3. Dezember 2014 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt für das Quartal III/10 eine höhere Vergütung der von ihr erbrachten antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen (im Folgenden: agpL) nach Kapitel 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM).

Die Klägerin nimmt als Fachärztin für Allgemeinmedizin als Hausärztin seit 1996 im Berliner Verwaltungsbezirk Pankow an der vertragsärztlichen Versorgung (hausärztlicher Versorgungsbereich) teil und verfügt über eine Abrechnungsgenehmigung für antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen. Das Regelleistungsvolumen (RLV) und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) der Klägerin für das Quartal III/10 setzte die Beklagte mit Bescheid vom 24. Juni 2010 wie folgt fest: RLV/QZV Inhalt der QZV Behandlungsfälle Arzt Fallwert AG Altersfaktor RLV/QZV

RLV 733 38,50 0,9287 26.208,82 QZV 14 Ergometrie 10 13,52 135,16 QZV 48 Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren 733 1,03 758,28 QZV 50 Richtlinienpsychotherapie I 8 115,74 925,90 QZV 60 Spirometrie 733 0,17 125,85 Gesamt 1.945,19

Mit ihrem Widerspruch beanstandete sie die Intransparenz der RLV-Berechnung, die Höhe des Fallwerts, den Morbiditätsfaktor, die nur zeitlich verzögerte Wachstumsmöglichkeit für ihre unterdurchschnittlich große Praxis, die zur Unkalkulierbarkeit führende "Versenkung" der Leistungen der Richtlinienpsychotherapie II in einem "Topf", die ungerechte Höhe des QZV für die Richtlinienpsychotherapie I sowie generell die Ungleichbehandlung im Verhältnis zu den überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten. Die Beklagte wies den Widerspruch zurück (Widerspruchsbescheid vom 16. April 2013 (Tagebuch-Nr. 21400-10)).

Anträge der Klägerin auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten und höhere QZV u.a. für das Quartal III/10 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 19. Juni 2012 zurück. Zur Begründung verwies sie u.a. auf die Honorarentwicklung der klägerischen Praxis (bei annähernd gleichen Patientenzahlen): Quartale 2008 2009 2010 I 30.017,86 EUR 43.876,55 EUR 39.459,21 EUR II 29.809,25 EUR 40.437,84 EUR 49.671,98 EUR III 29.096,36 EUR 41.442,14 EUR 43.235,33 EUR IV 34.034,60 EUR 41.928,38 EUR 49.269,98 EUR

Eine Befassung mit der Vergütung der agpL lehnte die Beklagte im Rahmen dieses Widerspruchsverfahren ausdrücklich ab.

Mit am 12. April 2011 eingegangenen Bescheid setzte die Beklagte das Honorar der Klägerin für das Quartal III/10 auf 43.235,33 Euro (davon 42.608,24 für Leistungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung) fest. In diesem Rahmen ergab sich für die agpL aufgrund mengenbegrenzender Maßnahmen ein Betrag von 9.657,42 Euro.

Den Widerspruch der Klägerin, mit dem sie sich insbesondere gegen die Anwendung mengenbegrenzender Regelungen auf die von ihr erbrachten agpL wandte, wies die Beklagte zurück (Widerspruchsbescheid vom 16. April 2013 (Tagebuch-Nr. 15430-11)).

Das Sozialgericht hat der dagegen erhobenen Klage stattgegeben und die Beklagte unter teilweiser Aufhebung des o.g. Honorarbescheids verpflichtet, über die Vergütung der agpL (Gebührenordnungspositionen - GOP - 35200ff. EBM) unter Beachtung seiner Rechtsauffassung erneut zu entscheiden. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, dass eine mengenbegrenzende Regelung der agpL zwar grundsätzlich möglich sei, die Regelungen des Honorarvertrages 2010 (HV 2010) entsprächen jedoch nicht den Vorgaben des Beschlusses

des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010. Das Bundessozialgericht (BSG) habe bereits zur wortgleichen Regelung im Beschluss des Bewertungsausschusses zum 22. September 2009 (Teil F Ziffer II, 1) – betreffend das Quartal II/10 – entschieden, dass höherrangiges Recht nicht verletzt werde, soweit der Bewertungsausschuss den regionalen Vertragspartnern die Befugnisse eingeräumt habe, Steuerungsmaßnahmen für solche Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vorzuschreiben, die außerhalb der RLV vergütet würden (Urteil vom 17. Juli 2013 – [B 6 KA 45/12 R](#) –). Die von der Beklagten vorgenommene Vergütung der agpL als "besonders förderungswürdige Leistungen" sei jedoch zu beanstanden, da sie nicht den Vorgaben des Bewertungsausschusses entsprächen, wonach hinsichtlich dieser Leistungen QZV zu bilden seien. Dies ergebe sich aus Teil F Abschnitt I Ziff. 2.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 (im Folgenden: Ziff. 2.4). Diese Vorschrift räume der Beklagten kein Ermessen ein, Ziff. 2.3 gehe dieser Regelung nicht vor. Der Bewertungsausschuss habe ausdrücklich auch für die Arztgruppe der Klägerin ein QZV "Richtlinienpsychotherapie II" mit den GOP des Kapitels 35.2 des EBM geschaffen. Ob die Klägerin durch die von der Beklagten vorgenommene Vergütung besser stehe als bei Zuerkennung dieses QZV, sei für die Kammer nicht nachvollziehbar. Dass die Berechnung des (hypothetischen) QZV nach RLV-Fällen für die Klägerin auf jeden Fall nachteilig sei, überzeuge nicht, da der Bewertungsausschuss auch die Möglichkeit eröffnet habe, das QZV nach Leistungsfällen zu berechnen. Die Beklagte müsse nunmehr prüfen, ob das Honorar der Klägerin auf der Grundlage eines QZV – auch berechnet nach Leistungsfällen – für sie günstiger ausfalle und ggf. eine Nachvergütung vornehmen. Ergebe sich eine geringere Vergütung, bleibe es beim bisherigen Honorar (Urteil vom 3. Dezember 2014).

Gegen dieses ihr am 15. Dezember 2014 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Beklagten vom 14. Januar 2015, zu deren Begründung sie vorträgt: Zu Unrecht habe das Sozialgericht die Zulässigkeit der Klage bejaht. Es sei widersprüchlich, wenn es auf der einen Seite ausführe, dass die Bestandskraft des RLV-Zuweisungsbescheides für das Quartal III/10 der Zulässigkeit der Klage nicht entgegenstehe, weil die Klägerin nicht die Zuweisung eines QZV für agpL begehre, sondern sich gegen jedwede Art der Mengenbegrenzung dieser Leistungen wende, und auf der anderen Seite sie – die Beklagte – im Rahmen der Neubeschreibung verpflichte, für die Arztgruppe der Klägerin im Hinblick auf die streitgegenständlichen Leistungen ein QZV zu bilden. Soweit das Sozialgericht weiter annehme, das klägerische Begehren wende sich gegen jedwede Art der Mengenbegrenzung für agpL, mithin dem Grunde nach auf eine Vergütung dieser Leistungen zu den vollen Preisen der Euro-Gebührenordnung, könne dieses Begehren nicht zum Erfolg führen. Richtig sei, dass die Leistungen der "Richtlinien Psychotherapie II" – alle in Kapitel 35.2 des EBM genannten (antragspflichtigen) Leistungen – für die Arztgruppe der Klägerin (AG 01) als besonders förderungswürdige Leistungen aus einem gesonderten Topf vergütet und insofern im Gegensatz zu anderen Arztgruppen, welche diese Leistungen über das QZV 51 honoriert erhielten, eine Sonderregelung getroffen worden sei. Soweit die Klägerin die quotierte Vergütung der agpL für unverhältnismäßig halte, insbesondere wegen eines Stützungsmechanismus im Sinne einer Mindestquote i.H.v. 80 Prozent, führe auch dies nicht zum Erfolg. Denn selbst die Aufnahme der von der Klägerin begehrten Mindestquote würde hier nicht zu ihrer Besserstellung führen, weil der für die agpL zugrunde gelegte Punktwert von 2,9377 Cent 83,82 Prozent des Orientierungspunktwertes von 3,5048 Cent betrage. Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen sei nach Anlage 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 berechnet worden, indem der Leistungsbedarf der AG 01 für Leistungen des streitigen Topfes aus dem Quartal III/08 (7.515.881,78 Punkte) durch den Leistungsbedarf der Hausärzte für alle RLV-/QZV-/ Topfleistungen im selben Quartal (2.320.920.400,36 Punkte) dividiert und anschließend mit dem RLV-Vergütungsvolumen der Hausärzte in diesem Quartal (82.721.192,98 Euro) multipliziert worden sei, woraus sich ein Wert des Topfes von 267.879,73 Euro ergebe. Weil die von den Hausärzten im Quartal III/10 insgesamt angeforderten Leistungen (319.590,45 Euro) das vorhandene Verteilungsvolumen (267.879,73 Euro) überschritten habe, habe dieses durch die sich aus den angeforderten Leistungen resultierenden (319.590,45 Euro / 3,5048 Cent [Orientierungspunktwert] =) 9.118.650 Punkte dividiert werden müssen, was zum Punktwert dieses Topfes von 2,9377 Cent führe. Die alternative Berechnung des QZV Nr. 51 auf der Basis von RLV-Fällen führe zu einem Fallwert i.H.v. 11,46 Euro. Dieser Wert ergebe sich, wenn der Anteil der Leistungen an der MGV durch die Anzahl der RLV-Fälle, in denen die AG 01 Leistungen des QZV abgerechnet habe, geteilt werde (267.879,73 Euro / 23.384,25 Fälle = 11,46 Euro). Die Klägerin sei durch die Vergütung der agpL auf Basis des dafür bereitgestellten Topfes auch bessergestellt worden: Wären die Leistungen im Rahmen eines R-QZV (= ein auf RLV-Fällen basierendes QZV) vergütet worden, wäre ihr für 733 RLV-relevante Fälle ein zusätzliches QZV i.H.v. 8.400,18 Euro zuzuweisen gewesen. Die alternative Berechnung des QZV Nr. 51 auf der Basis von Leistungsfällen führe zu einem Fallwert von 246,67 Euro. Hierzu sei der Anteil der Leistungen an der MGV durch die Anzahl der Leistungsfälle aus dem Quartal II/09 geteilt worden, in den die Ärzte der AG 01 Leistungen des QZV abgerechnet hätten (267,879,73 Euro / 1.086 Fälle = 246,67 Euro). Der Klägerin hätte dann für das streitige Quartal bei 21 Leistungsfällen ein zusätzliches QZV von 5.180,07 Euro zugewiesen werden müssen. Im Falle eines R-QZV Nr. 51 hätte die Klägerin ein Honorar i.H.v. 41.813,44 Euro, im Falle eines L-QZV Nr. 51 i.H.v. 39.084,07 Euro erwarten können, jedenfalls aber weniger als das tatsächlich gewährte Honorar von 42.608,42 Euro.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 3. Dezember 2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und trägt ergänzend vor: Hilfsweise erhalte sie ihren Einwand aufrecht, dass die Mengensteuerung der agpL zur Zweckerreichung nicht geeignet sei. Diese Leistungen unterschieden sich in zwei ganz wesentlichen Punkten von den sonstigen von der Beklagten genannten freien Leistungen (Akkupunktur, Schmerztherapie): Zum einen unterlägen sie einer Antrags- und Genehmigungspflicht, zum anderen seien sie auch strikt zeitgebunden. Dies habe zur Folge, dass eine Mengenausweitung durch die Erbringung der gegenständlichen Leistungen gar nicht möglich sei, weil es zwingend dazu führe, dass der Arzt in anderen Bereichen weniger Leistungen erbringen könne. Die Regelung sei auch unverhältnismäßig, weil eine Leistung, die ausdrücklich vorab von der Krankenkasse als medizinisch erforderlich genehmigt werde, nicht im Nachhinein nur teilweise vergütet werden könne. Die Regelung im HV der Beklagten würde es schließlich auch zulassen, dass – je nachdem welches Budget der gesamte "Topf" ausweise und in welchem Umfang Leistungen erbracht würden – die Vergütung nur zu einem Bruchteil des Wertes nach der Gebührenordnung erfolge; Stützungsmaßnahmen seien insoweit ersichtlich nicht vorgesehen. Im Übrigen sei – so das Vorbringen in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat – zu bedenken, dass sie die Anerkennung weiterer Praxisbesonderheiten hätte beantragen können, wenn ihr die Beklagte von Anfang an ein QZV Nr. 51 zugewiesen hätte.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakten und

der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig und begründet. Das Urteil des Sozialgerichts ist aufzuheben, weil sich die angefochtenen Bescheide der Beklagten als im Ergebnis rechtmäßig erweisen.

A. Streitgegenstand ist nur noch die Frage, ob die Klägerin aus den vom Sozialgericht "anerkannten" Gründen eine höhere Vergütung der von ihr im Quartal III/10 erbrachten apgL beanspruchen kann. Nicht mehr Streitgegenstand ist – weil die Klägerin keine Berufung eingelegt hat – die vom Sozialgericht bejahte Frage, ob für die Arztgruppe der Klägerin apgL überhaupt einer Mengenbegrenzung unterworfen werden durften. Soweit das klägerische Vorbringen im Berufungsverfahren hierauf abzielen sollte, wäre es unbeachtlich. Entsprechendes gilt, soweit geltend gemacht werden sollte, die Vergütung der apgL hätte auch als besonders förderungswürdige Leistung nach Teil F Abschnitt I Ziff. 2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 höher ausfallen müssen.

B. Zu Recht hat das Sozialgericht die Zulässigkeit der Klage bejaht. Die Rechtskraft des RLV-Zuweisungsbescheids steht in anderen Verfahren vorgebrachten Einwänden gegen die Höhe des RLV nur insoweit entgegen, als diese die Berechnungsfaktoren des RLV betreffen und schon zum Zeitpunkt dessen Zuweisung sachgerecht geltend gemacht werden können. Andere Einwände, die z.B. die vom RLV (nicht) umfassten Leistungen betreffen (vgl. hierzu, Senat, Urteil vom 12. Oktober 2016 – L 7 KA 64/13 –, unveröffentlicht) oder höhere Fallzahlen, welche auf die Schließung nahegelegener Praxen oder die Erkrankung anderer Vertragsärzte derselben Fachgruppe zurückzuführen sind, sind hiervon nicht betroffen. Dies gilt auch für den vorliegenden Fall. Denn den Einwand, die apgL seien unzureichend vergütet worden, konnte die Klägerin erst nach Kenntnis des Honorarbescheids sachgerecht geltend machen. Vor dessen Bekanntgabe konnte sie aber nicht wissen, ob ihr Honoraranspruch überhaupt von einer Mengenbegrenzung in Gestalt quotierter Punktwerte für diesen Leistungsbereich tangiert ist. Die beiden weiteren o.g. Widerspruchsbescheide berühren die Zulässigkeit der hiesigen Klage daher nicht.

C. Die Berufung ist begründet. Zwar hätte die Beklagte auch für die Fachgruppe der Hausärzte (AG 01) ein QZV, welches die apgL umfasst, vorsehen und festsetzen müssen. Dass dies nicht geschehen ist, verletzt die Klägerin indes nicht in ihren subjektiven Rechten, weil sie bei rechtmäßigem Handeln der Beklagten finanziell schlechter stünde.

I. Die Rechtsgrundlagen für die Vergütung der apgL im Quartal III/10 finden sich im SGB V, im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 sowie im HV 2010 der Beklagten.

1. Ausgangspunkt der rechtlichen Überlegungen ist [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden, hier maßgeblichen Fassung (alte Fassung - aF). Dessen Sätze 1 bis 3, 6 und 7 lauten:

1Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis sind arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen. 2Ein Regelleistungsvolumen nach Satz 1 ist 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 enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. 3Abweichend von Absatz 1 Satz 1 ist die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden. 6Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sind außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten. 7Weitere vertragsärztliche Leistungen können außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, 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](#) Sätze 1 und [2 SGB V](#) aF bestimmte der Bewertungsausschuss u.a. das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den Absätzen 2 und 3 sowie Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3, 6 und 7.

2. Der Umsetzung dieser gesetzlichen Aufträge diene u.a. der mit Wirkung zum 1. Juli 2010 gefasste Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010. In dessen Teil F ("Beschluss gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V"), Kapitel I ("Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen"), betrifft Nr. 2 die "Benennung der Ärzte, Leistungen und Fälle, die von der Steuerung durch Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfasst sind". Im Folgenden werden unter Nr. 2.1 i.V.m. Anlage 2 Ärzte und Arztgruppen benannt, für die RLV zur Anwendung kommen – hierzu zählen nach deren Ziff. 4 auch "Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören" –, während Nr. 2.2 "Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung" definiert. Die zwischen den Beteiligten umstrittenen Nrn. 2.3 und 2.4 lauten:

2.3 Besonders förderungswürdige Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen

Die Partner der Gesamtverträge können gemäß [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) vereinbaren, dass besonders förderungswürdige Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden.

2.4 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) genannten Arztgruppen werden aus dem Vergütungsanteil gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 17. mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei für die in 4.1 genannten Arztgruppen, bei denen diese Leistungen der Steuerung durch die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen, nur die Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze gemäß 4.2.1 zu berücksichtigen sind. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter

Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz. Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten aus nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen werden mit qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 3.1.3 vergütet. Wird die Höhe des einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumens und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß 1.1. Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Ärzten gemäß 4.1 werden innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen aus dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 3.1.3 vergütet. Wird die Höhe der arztgruppenspezifischen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß 1.1. Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 EBM von Ärzten aus nicht in 4.1 aufgeführten Arztgruppen werden mit qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aus dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 3.1.3 vergütet. Wird die Höhe des einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß 1.1.

Darüber hinaus sah der Beschluss des Bewertungsausschusses zum einen vor, dass das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen auf einen Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV, einen Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV sowie – bei der Vereinbarung besonders förderungswürdiger Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen gemäß 2.3 – hierfür einen zusätzlichen Vergütungsbereich aufzuteilen ist, wobei sich die Partner der Gesamtverträge über das Verfahren einigen sollten (Nr. 3.1.4). Zum anderen bestimmte er bezüglich der QZV (in Nr. 3.3) u.a., dass – diese je Arzt für die in Anlage 3 aufgeführten Leistungsbereiche gebildet werden, – die Partner der Gesamtverträge Zusammenfassungen von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen in der Anlage 3 auch mit den Regelleistungsvolumen sowie qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für weitere Leistungen und Arztgruppen vereinbaren können, – die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt oder je Fall gemäß Anlage 8 erfolgt und sich die Partner der Gesamtverträge über das Verfahren zur Umsetzung der Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einigen.

Anlage 8 zum o.g. Beschluss des Bewertungsausschusses ermöglichte es, das QZV entweder arztbezogen zu berechnen – indem das für ein QZV zur Verfügung stehende Honorarvolumen ("Vergütungsbereich") durch die Anzahl der QZV-berechtigten Vertragsärzte dividiert wurde – oder fallbezogen. Für letzteres durfte entweder die Zahl der Behandlungsfälle zugrunde gelegt werden – hierzu war mittels Division des o.g. Vergütungsbereichs durch die Zahl der Behandlungsfälle ("RLV-Fälle") der Arztgruppe ein Fallwert zu bilden, welcher mit den arztindividuellen RLV-Fällen zu multiplizieren war – oder die Zahl der Leistungsfälle (= RLV-Fälle, in denen im Vorjahresquartal mindestens eine vom jeweiligen QZV umfasste Leistung erbracht wurde).

3. Die für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im vorliegenden Fall zentralen Bestimmungen auf der Ebene der Gesamtvertragspartner finden sich in § 7 Absätze 1 und 2 HV 2010: § 7 Vergütung und Regelleistungsvolumen

(1) Die nach diesem Vertrag erbrachten und abgerechneten Leistungen werden den Ärzten und Psychotherapeuten quartalsweise grundsätzlich nach den Bestimmungen und Preisen der Euro-Gebührenordnung Berlin (§ 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V) vergütet, die Leistungen, die gemäß dieses Vertrages der Mengensteuerung gemäß § 87b Abs. 2 SGB V unterliegen, je Arzt bzw. Arztpraxis bis zur Höhe des jeweils zugewiesenen Regelleistungsvolumens (RLV) und je Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutenpraxis bis zur Höhe der zugewiesenen zeitgebundenen Kapazitätsgrenze sowie weitere vertragsärztliche Leistungen bis zur Höhe jeweils zugewiesenen qualitätsgebundenen Zusatzvolumen (QZV). Die das Regelleistungsvolumen und das qualitätsgebundene Zusatzvolumen bzw. die zeitgebundenen Kapazitätsgrenze überschreitenden Leistungen werden den Ärzten und Psychotherapeuten zu abgestaffelten Preisen vergütet. Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten, zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen und um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen entgegenzuwirken, beschließen die Vertragspartner gemäß Teil F II. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 mengenbegrenzende Maßnahmen zur Steuerung von Leistungsbereichen, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden. (2) Die Einzelheiten zu den arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina, den qualitätsgebundenen Zusatzvolumina und den zeitgebundenen Kapazitätsgrenzen sowie zu den mengenbegrenzenden Maßnahmen sind in der Anlage 1 geregelt.

a. Nach § 6 Abs. 8 der Anlage 1 zum HV 2010 steht den einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen und ggf. zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber, d.h. sofern das einer Arztpraxis zugewiesene Regelleistungsvolumen nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen ausgefüllt werden und umgekehrt. QZV wurden für die in Anhang 2b aufgeführten Leistungsbereiche gebildet. Die Berechnung der QZV erfolgte durch Multiplikation des arztgruppenspezifischen Fallwertes für das entsprechende QZV und der arztindividuellen Fallzahl, wobei Anhang 2b zu jedem aufgeführten Leistungsbereich zu entnehmen ist, ob sich das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen je RLV-Fall oder je Leistungsfall berechnet (§ 8 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 der Anlage 1 zum HV 2010).

Nach diesem Anhang 2b wird das QZV Nr. 50 [Richtlinienpsychotherapie I] nur für die Arztgruppen 01 (Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören) und 32 (Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie) mithilfe der Leistungsfälle im o.g. Sinn, für alle anderen mithilfe der RLV-Fälle gebildet. Dasselbe gilt für das QZV Nr. 51 [Richtlinienpsychotherapie II] mit der Ausnahme, dass für die Arztgruppe 01 eine "Topfbildung" erfolgt.

b. Zur Vergütung der besonders förderungswürdigen Leistungen i.S.v. Teil F, Nr. 2.3 des o.g. Beschlusses des Bewertungsausschusses sah Anlage 1 zum HV 2010 folgende Bestimmungen vor:

§ 5 Arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen

(2) Die Verteilungsvolumina der in Absatz 1 Nr. 1 genannten [ergänze: RLV-relevanten] Arztgruppen werden gemäß Teil F Anlage 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 jeweils auf die nachfolgenden Vergütungsbereiche aufgeteilt: 1. Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen, 2. Vergütungsbereich für die Vergütung

ärztlicher Leistungen innerhalb der Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen sowie 3. Vergütungsbereiche für besonders förderungswürdige Leistungen, die gemäß Teil F, Abschnitt I., Nr. 2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010, außerhalb der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden. Für die AG 01 zählen hierzu die Vergütungsbereiche für a) Besuche nach der GOP 01410, b) dringende Besuche nach den GOPen 01411 und 01412, c) Besuche in beschützten Wohnheimen nach den GOPen 01413 und 01415 und d) Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie gemäß Abschnitt 35.2 EBM.

§ 12 Vergütung besonderer Leistungen der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen

(2) Soweit die angeforderten Leistungen die innerhalb des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens der AG 01 die jeweils bereitgestellten Volumen der spezifischen Vergütungsbereiche gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 3 a) bis d) überschreiten, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

II. Nach diesen normativen Maßgaben war es rechtswidrig, dass der HV 2010 für die von Hausärzten erbrachten agpL kein QZV vorsah. Insoweit folgt der Senat der Rechtsauffassung des Sozialgerichts und sieht zur Vermeidung von Wiederholungen von weiteren Ausführungen hierzu ab ([§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)).

III. Gleichwohl ist die Klägerin nicht in eigenen Rechten verletzt, weil sie auch bei einer rechtmäßigen Honorarverteilung kein höheres Honorar für agpL bzw. insgesamt erhielt.

Nach den Berechnungen der Beklagten, welche keine Fehler erkennen lässt, hätte die Klägerin ein QZV Nr. 51 i.H.v. entweder 8.400,18 Euro (R-QZV) oder 5.180,07 Euro (L-QZV = ein auf Leistungsfällen basierendes QZV) erhalten müssen. Für die Ermittlung des L-QZV enthält der HV 2010 keine Vorgaben, weil § 8 Abs. 2 der Anlage 1 zum HV 2010 nur auf Anhang 2b verweist, der regelt, dass (aber nicht wie) ein R- oder ein L-QZV zu bilden ist. Die Beklagte hat aber das L-QZV offenkundig dem Algorithmus für das R-QZV (Anlage 8, Ziff. 2.1 zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010) nachgebildet, indem dort jeweils "RLV-Fälle" durch "Leistungsfälle" ersetzt wurden. Das ist sachgerecht, weil dann für die Leistungsfälle – die zahlenmäßig immer hinter den RLV-Fällen zurückbleiben – ein höherer Fallwert resultieren würde, und rechtlich nicht zu beanstanden. Nach beiden Berechnungen würde das hypothetische QZV aber geringer ausfallen als das Honorar (9.657,42 Euro), das die Beklagte der Klägerin für agpL im streitigen Quartal im Rahmen der Honorarfestsetzung gewährt hat. Die das hypothetische QZV übersteigenden Leistungsanforderungen der Klägerin für agpL können auch nicht nach § 6 Abs. 8 der Anlage 1 zum HV 2010 (s.o.) im Rahmen des RLV (28.154,01 Euro) Berücksichtigung finden, weil die Klägerin auch dieses durch höhere Leistungsanforderungen (30.366,08 Euro) bereits ausgeschöpft hat.

Dementsprechend bliebe auch das unter Einbeziehung eines QZV Nr. 51 berechnete Gesamthonorar der Klägerin (41.813,44 Euro bzw. 39.084,07 Euro), wie von der Beklagten nachvollziehbar dargelegt, hinter dem bislang (rechtswidrig) gewährten Honorar (42.608,42 Euro) zurück.

3. Das klägerische Vorbringen im Berufungsverfahren rechtfertigt kein anderes Ergebnis.

a. Mit Einwänden gegen die Mengensteuerung bzw. Quotierung an sich ist die Klägerin nach dem o.G. ausgeschlossen. I.Ü. dürfen auch vorab durch die Krankenkassen ausdrücklich genehmigte Leistungen quotiert vergütet werden. Für die klägerseitige Annahmen, dies sei unzulässig, findet sich keine rechtliche Grundlage. Einer Stützungsregelung im HV 2010 bedurfte es nicht. Solche Regelungen hat die Rechtsprechung des BSG nur bei längerfristigen Honorarverlusten, mindestens über einen Zeitraum von vier zusammenhängenden Quartalen hinweg, gefordert (BSG, Beschluss vom 06. September 2006 – [B 6 KA 22/06 B](#) –, juris, m.w.N.). Sollte entsprechend dem von der Klägerin gewählten Beispiel eine agpL "nur zu einem Bruchteil des Wertes der Gebührenordnung" vergütet werden, wäre ggf. die Anwendung der jedem Honorarverteilungsmaßstab immanente (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – [B 6 KA 44/12 R](#) –, juris, m.w.N.) Härtefallregelung zu prüfen. Hierfür besteht im Falle der Klägerin angesichts eines Auszahlungspunktwertes (2,9377 Cent) i.H.v. 83,82 % des Orientierungspunktwerts (3,5048 Cent) kein Anlass.

b. Auch der Hinweis der Klägerin, sie hätte (bisher nicht geltend gemachte) Praxisbesonderheiten geltend machen können, wenn ihr bewusst gewesen wäre, dass für agpL ein QZV einschlägig ist, geht fehl. Dieser Einwand ist bereits deshalb schwer nachvollziehbar, weil die Klägerin im Klageverfahren ausdrücklich die Rechtsauffassung vertreten hat, für agpL hätte auch bei Hausärzten ein QZV gebildet werden müssen (S. 6 des klagebegründenden Schriftsatzes vom 21. August 2013), sodass sie die ihrer Rechtsauffassung entsprechenden rechtlichen Schritte (hier: Antrag auf weitergehende Praxisbesonderheiten) hätte einleiten können. Unabhängig davon hat die Klägerin schon nicht dargelegt, welche typischerweise mit höheren Fallwerten verbundene besondere Praxisausrichtung (vgl. BSG, Beschluss vom 28. Juni 2017 – [B 6 KA 89/16 B](#) –, juris) sie als Praxisbesonderheit im konkreten Quartal ansieht. Hierzu hätte umso mehr Anlass bestanden, als sie den die Anerkennung von Praxisbesonderheiten verneinenden Widerspruchsbescheid vom 19. Juni 2012 nicht angefochten hat und ihrem Vorbringen nicht zu entnehmen ist, welche bislang nicht vorgebrachte Praxisausrichtung sie zusätzlich geltend gemacht hätte. Darüber hinaus lässt ihr Vorbringen auch nicht erkennen, warum die zusätzlichen Praxisbesonderheiten nicht bereits honorarsteigernd im Rahmen eines ihr zustehenden QZV Berücksichtigung gefunden haben (vgl. zum möglichen Zusammenhang von Praxisbesonderheiten und QZV: BSG, a.a.O.).

D. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 155 Abs. 4](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Nach [§ 155 Abs. 4 VwGO](#) können Kosten, die durch Verschulden eines Beteiligten entstanden sind, diesem auferlegt werden. Diese Sondervorschrift geht allen anderen Kostenregelungen vor und ist daher bei jeder Kostenentscheidung zu berücksichtigen (Senat, Beschluss vom 16. Oktober 2012 – [L 7 KA 68/11](#) –, juris; Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer Sozialgerichtsgesetz, 10.A., § 197a Rd. 18; jeweils m.w.N.). Hierbei kann sich das Verschulden auch auf das vorprozessuale Verhalten eines Beteiligten beziehen, z.B. die ungenügende Begründung eines Verwaltungsaktes (Olbertz, in: Schoch/Schnei–der/Bier, Verwaltungsgerichtsordnung, § 155 Rd. 26; Kopp/Schenke, Verwaltungsgerichtsordnung, § 155 Rd. 20; Hartung, in: Beck'scher Online-Kommentar VwGO, Stand: 1. Juli 2012, § 155 Rd. 12, jeweils mit weiteren Nachweisen). Der Beklagten die Kosten aufzuerlegen, kommt nicht nur bei übereinstimmenden Erledigungserklärungen, sondern auch bei deren Obsiegen ([BVerwGE 60, 245; 80, 178](#)) in Betracht. Hieran gemessen hat die Beklagte die Erhebung der Klage veranlasst, weil sie in rechtswidriger Weise für die agpL der Klägerin kein QZV vorsah (s.o.) und ihr nicht durch Kontrollberechnungen – wie die im gerichtlichen Verfahren nachgereichten –

verdeutlich hat, dass dieses rechtswidrige Handeln sie nicht benachteiligt.

Die Revision wird nicht zugelassen, weil Gründe hierfür ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2019-02-11