

L 4 KA 69/07

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 822/06
Datum
26.09.2007
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 69/07
Datum
23.04.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 31/08 R
Datum
03.02.2010
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Aufgrund des [§ 85 Abs 4 Satz 10 SGB V](#) kann in einem Vertrag zur Honorarverteilung nicht abweichend vom Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen ein Regelleistungsvolumen für Nephrologen unter Einbeziehung der Dialyseleistungen nach Nr. 13600 bis 13621 EBM 2005 vorgesehen werden.

2. Vor dem Hintergrund des dem Bewertungsausschuss zustehenden und von den Gerichten zu beachtenden Gestaltungsspielraums und den aus [Art 12 Abs. 1 GG](#) iVm [Art 3 Abs 1 GG](#) abzuleitenden Grundsätzen der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der Leistungsgerechtigkeit der Maßnahmen zur Begrenzung des Leistungsvolumens iSv [§ 80 Abs. 4 S. 6 SGB V](#) ist es mit höherrangigem Recht vereinbar, dass der Bewertungsausschuss mit dem Beschluss vom 29.10.2004 (aaO) die genannten Dialyseleistungen von den Regelleistungsvolumina ausgenommen hat, weil er dieses Mengen begrenzende Instrument insoweit angesichts der mit Wirkung vom 01.06.2002 vollumfänglich neu geregelten Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten in den Anlagen 9.1 zum BMV-Ä und zum EKV-Ä als nicht erforderlich (und daher als unverhältnismäßig) angesehen hat.

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 26. September 2007 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreits für das Berufungsverfahren zu tragen.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert wird endgültig auf 5.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Berechnungsweise des Honorars für Dialyseleistungen nach Nrn. 13600 bis 13621 EBM 2005 ab dem zweiten Quartal 2005, insbesondere um die Honorierung dieser Leistungen unter Anwendung von Regelleistungsvolumina.

Der Kläger ist als Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie seit Januar 2001 zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Er hat einen Versorgungsauftrag zur nephrologischen Betreuung mit Dialyse nach der Anlage 9.1 zu den Bundesmantelverträgen. Es bestand und besteht eine Kooperation mit der Stiftung Patienten-Heimversorgung in B-Stadt, die als zugelassener Leistungserbringer nach [§ 126 Abs. 2 SGB V](#) die Sach- und Dienstleistungen der Dialyse erbringt.

Mit Schreiben vom 24. Mai 2005 beantragte der Kläger für die Quartale ab II/2005 eine extrabudgetäre Vergütung der Dialyseleistungen nach Nrn. 13600 bis 13621 EBM 2005, hilfsweise eine Vorabvergütung dieser Leistungen, weiter hilfsweise eine Neuregelung der Vergütungsregelungen unter Beachtung der Besonderheiten der Dialyseleistungserbringung, weiter hilfsweise die Zusage einer individuellen Praxisregelung, als Ausgleich im Sinne einer Auffüllung zu dem Regelleistungsvolumen. Zur Begründung machte er geltend, die Einbeziehung der Nephrologie mit Dialyse in die Regelleistungsvolumina begegne grundsätzlichen Bedenken. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004, mit dem die Nephrologen von der Bildung von Regelleistungsvolumina ausgenommen worden seien, sei verbindlich, die Beklagte könne hiervon nicht abweichen.

Mit Bescheid vom 16. November 2005 erkannte die Beklagte dem Kläger die im Honorarverteilungsvertrag (Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen, dem BKK Landesverband Hessen, der IKK Hessen, dem Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. (VdAK) - Landesvertretung Hessen, dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V. -

Landesvertretung Hessen, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, der Krankenkasse für den Gartenbau und der Knappschaft zur Honorarverteilung für die Quartale II/2005 bis IV/2005 vom 10. November 2005, im Folgenden: HVV) vorgesehenen Regelleistungsvolumina für Nephrologen mit Dialysegenehmigung ohne Abrechnung von Dialysesachkosten zu. Sie führte u. a. aus, eine Herausnahme der Dialyseleistungen aus den Regelleistungsvolumina könne nicht einseitig erfolgen. Es sei zunächst davon auszugehen, dass nur in Höhe der Regelleistungsvolumina Honorar zur Verfügung stehe.

Den hiergegen mit Schreiben vom 7. Dezember 2005 erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchbescheid vom 8. Mai 2006, zugestellt am 18. Mai 2006, zurück. Zur Begründung führte sie aus, im Honorarverteilungsvertrag sei für ärztliche Dialyseleistungen eine Zuordnung zum Leistungsbereich 4.0 (Regelleistungsvolumen) vorgesehen, da für Leistungen nach den Ziffern 13600 bis 13621 des Kapitels 13.3.6 EBM 2005 keine gesonderte vertragliche Regelung mit den Verbänden der Krankenkassen - trotz der von der KV Hessen geforderten extrabudgetären Honorierung - habe erzielt werden können. Die jetzt erreichte differenzierte Regelung werde dem Umstand des differenzierten Leistungsspektrums der Nephrologen und der Inhomogenität dieser Fachgruppe gerecht. Zur Feststellung des endgültigen praxisbezogenen Regelleistungsvolumens im aktuellen Quartal II/05 seien 174 Fälle mit einer Quote von 90,93 % zugrunde zu legen. Das Regelleistungsvolumen betrage 541.461,0 Punkte, die Honorarforderung 755.330,0 Punkte. Die Überschreitung von 213.869,0 Punkten werde noch zu einem Punktwert von 0,51 Cent vergütet. Aufgrund der differenzierten Regelung komme eine weitergehende Sonderregelung nicht in Betracht. Der Beschluss des Bewertungsausschusses sei berücksichtigt worden. Eine Herausnahme der Dialyseleistungen aus dem Regelleistungsvolumen habe aber mit den Verbänden der Krankenkassen nicht vereinbart werden können. Bei dem Beschluss des Bewertungsausschusses handele es sich auch lediglich um eine Empfehlung, die unter dem Vorbehalt der Einigung mit den Krankenkassen gestanden habe.

Mit der daraufhin am 14. Juni 2006 erhobenen Klage machte der Kläger ergänzend zu seinem bisherigen Vorbringen geltend, der Honorarverteilungsvertrag verstoße auch gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die sog. Dialyseinstitute nicht in die Regelungen zu den Regelleistungsvolumina einbezogen würden. In Hessen gebe es 16 Institute und 27 nephrologische Praxen. Zudem sei der Punktwert für die Institute höher. Die Regelung führe zu Einkommensverlusten bei den Nephrologen. Die bei den meisten Nephrologen angewandte Härtefallregelung ermögliche nur eine Ausgleichszahlung von 5 % auf der Basis des Vorjahresquartals 2004. Dies habe aber zu einer Minderung des oberen Punktwertes von 4 Cent auf 3,2 bzw. 2,4 Cent (PK/EK) geführt. Ohne diesen Ausgleich hätten die Praxen Verluste bis zur Hälfte der Einnahmen des Vorjahresquartals hinnehmen müssen. Bei ihnen habe das Honorar nach der Härtefallregelung in Nr. 7.5 Honorarverteilungsvertrag um ca. 1/3 aufgestockt werden müssen. Dies zeige die extrem starken Verwerfungen aufgrund des neuen Honorarverteilungsvertrags. Er vertritt die Auffassung, für Nephrologen dürften weder Arztgruppentöpfe noch Regelleistungsvolumina gebildet werden und verweist beispielhaft auf den HVV der KV Westfalen-Lippe. Eine extrabudgetäre Vergütung sei möglich.

Die Beklagte machte (hilfsweise) hinsichtlich der Rechtmäßigkeit des HVV geltend, dass der Gesetzgeber keine Ausnahme von der Bildung von Regelleistungsvolumina vorsehe und der Bewertungsausschuss daher nicht einseitig einzelne Arztgruppen hiervon ausnehmen könne, sein Beschluss sei rechtswidrig. Bereits der ab dem dritten Quartal 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab habe Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung und eigene Arztgruppentöpfe für Nephrologen gekannt. Ebenso seien für die Honoraruntergruppe B 2.13 Regelleistungsvolumina vorgesehen gewesen. Bei der bundesmantelvertraglichen Neuregelung handele es sich um eine Regelung zur Bedarfplanung. Sie treffe keine Mengen begrenzende Regelung, sondern fixiere lediglich eine mengenmäßige Begrenzung der Arzt-Patienten-Zahl. Die Anzahl der Leistungen werde jedoch nicht begrenzt. Es liege auch im Handlungsspielraum der Vertragspartner eines HVV, ggf. weitere Arztgruppentöpfe oder Regelleistungsvolumina einzuführen. Mit dem Begriff "grundsätzlich" räume der Bewertungsausschuss ein, dass Ausnahmen möglich seien.

Mit Urteil vom 26. September 2007 hat das Sozialgericht Marburg die angegriffenen Bescheide der Beklagten als rechtswidrig erachtet, daher aufgehoben und die Beklagte verurteilt, den Kläger über seinen Antrag vom 24. Mai 2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen.

Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Rechtswidrigkeit der Bescheide folge nicht bereits aus der Anwendung des hier maßgeblichen HVV, da die Beklagte die darin enthaltenen Regelleistungsvolumina dem Kläger zuerkannt habe. Der HVV sei aber, soweit er generell und umfassend für Nephrologen Regelleistungsvolumina vorsehe, rechtswidrig, da er insoweit in unzulässiger Weise von den Vorgaben des Bewertungsausschusses abweiche. Die Kammer sei zur inzidenten Überprüfung des HVV befugt. Streitgegenstand sei die Höhe des Regelleistungsvolumens. Zusammenhängend hiermit habe der Kläger bereits mit der Antragschrift eine generell andere Vergütung für die hier strittigen Dialyseleistungen gefordert. Den Antrag habe die Beklagte vollumfänglich als unbegründet zurückgewiesen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens bzw. die Art der Vergütung der hier strittigen Dialyseleistungen beruhe aber auf dem HVV, so dass dieser inzident zu überprüfen sei.

Der Bewertungsausschuss sei seinen Regelungsverpflichtungen nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) u. a. durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) mit Wirkung zum 1. Januar 2005 (BRLV) nachgekommen. Darin bestimme er, dass Regelleistungsvolumina gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) arztgruppenspezifische Grenzwerte sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum im jeweiligen Kalendervierteljahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (ggf. jeweils vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten sind, überschreitende Leistungsmengen seien mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergüten (III. 2.1 BRLV). Zu den aus dem Arztgruppentopf zu vergütende Leistungen und Leistungsarten, die dem Regelleistungsvolumina nicht unterliegen, gehörten u. a. die Nrn. 13600 bis 13621 EBM 2005 (III. 4.1 BRLV). Dementsprechend seien in der Anlage 1 unter den Arztgruppen, für die Arztgruppentöpfe gemäß III. 1. BRLV und Regelleistungsvolumen gemäß III. 3.1 BRLV berechnet werden, die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie nicht genannt.

Das Sozialgericht sieht in diesen Bestimmungen - entsprechend dem Gesetzesauftrag an den Bewertungsausschuss nach [§ 85 Abs. 4](#) und [4a SGB V](#) - eine verbindliche Vorgabe des Bewertungsausschusses, soweit es um die hier strittigen Dialyseleistungen gehe, diese unterlägen ausdrücklich nicht dem Regelleistungsvolumen. Eine Ausnahme hiervon oder die Ermächtigung zu einer abweichenden Regelung in einem HVV sehe der Beschluss des Bewertungsausschusses nicht vor.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) im Rahmen der ihr nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) obliegenden Honorarverteilung an die gesetzlichen Vorgaben und auch an die Bestimmungen des EBM gebunden. Der Beschluss des Bewertungsausschusses hinsichtlich der hier strittigen Dialyseleistungen sei auch nicht willkürlich. Ein Dialysepatient benötige etwa 15.000 bis 16.000 Punkte im Quartal. Dies ergebe sich allein aus der Notwendigkeit der Dialysebehandlung, worauf der behandelnde Arzt keinen Einfluss habe. Nach der Reformierung der Vergütungsstrukturen im EBM für Nephrologen sei auch nicht ersichtlich, dass ein Steuerungspotential für den hier strittigen Bereich bestehen sollte.

Aufgrund der eindeutigen Nichtbeachtung der Vorgaben des Bewertungsausschusses sei der HVV von Anfang an rechtswidrig, die Grundsätze einer sog. Anfangs- und Erprobungsregelung könnten nicht angewandt werden. Die Beklagte sei daher zur Neubescheidung zu verpflichten gewesen, zuvor werde sie die Vereinbarung in Nr. 6.3 Satz 1 HVV mit den Beigeladenen ändern müssen und wenigstens die hier strittigen Dialyseleistungen nach Ziffern 13600 bis 13621 EBM 2005 aus dem Regelleistungsvolumen herauszunehmen haben. Weitere Vorgaben hierfür seien weder den Vorgaben des Bewertungsausschusses noch dem Gesetz zu entnehmen.

Gegen das der Beklagten am 16. Oktober 2007 zugestellte Urteil hat diese am 13. November 2007 Berufung zum Hessischen Landessozialgericht eingelegt. Zur Begründung trägt sie vor, der Klageantrag sei ausdrücklich für die Quartale ab II/2005 gestellt, der streitgegenständliche Zeitraum sei jedoch auf den Zeitraum zu begrenzen, zu dem diejenigen Regelungen bestanden hätten, die zum Zeitpunkt der Antragstellung gegolten hätten.

Ferner sei die inzidente Prüfung des Honorarverteilungsvertrags im Rahmen der Überprüfung der Ablehnung des Antrags auf Zubilligung einer Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens unzulässig. Lediglich durch einen Widerspruch gegen einen Honorarbescheid, in dem die Basis des festgesetzten Honorars ausgewiesen werde, werde die Möglichkeit eröffnet, die grundsätzliche Rechtmäßigkeit der Honorarverteilung, vormals des Honorarverteilungsmaßstabes, nunmehr in dem vertraglich vereinbarten Honorarvertrag, zu überprüfen.

Ferner sei der Honorarverteilungsvertrag auch nicht rechtswidrig. Die durch den Bewertungsausschuss am 29. Oktober 2004 getroffenen Bestimmungen seien als Empfehlungen, nicht jedoch als verbindliche Vorgaben zu qualifizieren. Insoweit sei auf die durch den Beschluss eröffneten Handlungsspielräume zu verweisen, die eine eigene Regelungsmöglichkeit für die Vertragspartner des HVV mit sich brächten. In dem Honorarverteilungsmaßstab bis zum Ende des ersten Quartals 2005 seien bereits Arztgruppentöpfe und Regelleistungsvolumina für die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie vorgesehen gewesen.

Die Fortführung von Regelleistungsvolumina und Arztgruppentöpfen für die Fachgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie sei auch unter dem Gesichtspunkt der Rechtsprechung zur Anfangs- und Erprobungsregelung zulässig. Der Bewertungsausschuss habe selber eine Handlungsermächtigung dahingehend fixiert, dass dies fortgeführt werden könne, wenn sie den gesetzlichen Vorgaben entsprechen. Hieraus werde deutlich, dass nicht zwingend die Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses umgesetzt werden müssten, sondern vergleichbare Regelungsinstrumente und Steuerungselemente der Vergangenheit ausreichend sind.

Schließlich hätte der Bewertungsausschuss, wäre in seinen Vorgaben eine verbindliche Regelung zu sehen, seine Regelungskompetenz überschritten. Zwar räume [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) dem Bewertungsausschuss die Befugnis ein, den Inhalt der nach Abs. 4 S. 7 und 8 zu treffenden Regelungen zu bestimmen, jedoch dürften sich die zu treffenden Regelungen nicht in Widerspruch setzen zu der gesetzgeberischen Intention, über arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumina und einer damit zu erzielenden Mengenbegrenzung einen stabilen Punktwert zu gewährleisten.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 26. September 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Er sieht sich in seiner Rechtsauffassung durch das Urteil des Sozialgerichts bestätigt.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten im Übrigen sowie wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten sowie der Gerichtsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist sachlich unbegründet. Das Sozialgericht hat die angegriffenen Bescheide der Beklagten zu Recht aufgehoben und diese zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts verurteilt. Die Vergütung der streitbefangenen Dialyseleistungen nach Nrn. 13600 bis 13621 ist auch ab dem 2. Quartal 2005 nicht nach Regelleistungsvolumina vorzunehmen.

Nach § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - vom 20. Dezember 1988, BGBl I S 2477 in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14. November 2003, BGBl I S 2190 mit Gültigkeit ab 1. Januar 2005 (SGB V), verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung ([§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab (vorliegend der HVV) an ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen ([§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat unter anderem Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen ([§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#)). Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina, [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#)). Für den Fall der Überschreitung der

Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird ([§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#)). Nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) bestimmt der Bewertungsausschuss Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), unter anderem erstmalig bis zum 29. Februar 2004 auch den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4](#), 6, 7 und 8 SGB V zu treffenden Regelungen. Die vom Bewertungsausschuss hiernach getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nach Satz 2 ([§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#)), vorliegend des HVV.

Das Sozialgericht hat zutreffend ausgeführt, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsverpflichtungen nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) u. a. durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) mit Wirkung zum 1. Januar 2005 (Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 46 vom 12. November 2004, Seite A-3129 = B 2649 = C-2525; im Folgenden: BRLV) nachgekommen ist. Darin bestimmt er, dass Regelleistungsvolumina gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) arztgruppenspezifische Grenzwerte sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum im jeweiligen Kalendervierteljahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (ggf. jeweils) vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten sind. Entsprechend der gesetzlichen Regelung ist für den Fall der Überschreitung der Regelleistungsvolumina vorzusehen, dass die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergüten ist (III. 2.1 BRLV). Für die in Anlage 1 genannten Arztgruppen, sind im Honorarverteilungsvertrag die nachfolgend genannten Regelleistungsvolumina zu vereinbaren, für die dieser Beschluss die Inhalte der Regelungen vorgibt (III. 3.1 Abs. 1 BRLV). Die in III. 4.1 BRLV aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen unterliegen nicht den Regelleistungsvolumina. Zu diesen aus dem Arztgruppentopf zu vergütende Leistungen und Leistungsarten gehören u. a. die Dialyseleistungen nach Nrn. 13600 bis 13621 EBM 2005 (III. 4.1 BRLV). Dementsprechend werden in der Anlage 1 unter den Arztgruppen, für die Arztgruppentöpfe gemäß III. 1. BRLV und Regelleistungsvolumina gemäß III. 3.1 BRLV berechnet werden, die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie nicht genannt. Für die dort aufgezählten Arztgruppen können weitere Differenzierungen oder Zusammenfassungen der nachfolgenden Arztgruppen vereinbart werden, die Einbeziehung weiterer Arztgruppen ist nicht vorgesehen.

Mit diesen Regelungen stehen die angegriffenen Bescheide und die diesen zugrunde liegenden (vereinbarten) Regelungen des HVV nicht in Einklang; der Bescheid vom 16. November 2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. Mai 2006 ist daher rechtswidrig.

Dem kann zunächst nicht erfolgreich entgegengehalten werden, im Rahmen der rechtlichen Überprüfung des angegriffenen Bescheids könnten die Bestimmungen des HVV nicht zum Gegenstand der Prüfung gemacht werden. Zu Unrecht sieht die Beklagte den bzw. die Anträge des Klägers in diesem Zusammenhang als auf die Zubilligung einer Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens begrenzt an. Von Anfang an beehrte der Kläger vielmehr (auch) eine andere Art der Honorierung für die streitbefangenen Dialyseleistungen als nach dem (vereinbarten) HVV vorgesehen, nämlich eine solche ohne die Berücksichtigung der Regelleistungsvolumina. Gegen die Einbeziehung dieser Leistungen in dieses Steuerungsinstrument hat er grundsätzliche Bedenken geäußert. Dieses Begehren ist mit den angegriffenen Bescheiden abgelehnt worden und seitdem zentrales Problem des vorliegenden Rechtsstreits. Im Übrigen weist die Beklagte selbst auf die Rechtsprechung des BSG hin, wonach Bescheiden, die die Ablehnung eines Antrags zur Folge haben, eigenständige Bedeutung gegenüber Honorarbescheiden zukommt (BSG Urteil vom 20. März 2006, Az.: [B 6 KA 80/04 R](#)). Die Beklagte hat mit den angefochtenen Bescheiden nicht nur unverbindlich informiert, sondern über die für den Kläger maßgebliche Bemessungsgrundlage seiner Honoraransprüche für die Quartale ab II/2005 verbindlich entschieden, mithin einen Bescheid i. S. des [§ 31 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) erlassen. Der Streit über seine Rechtmäßigkeit wird nicht gegenstandslos, wenn die auf dem Bemessungsgrundlagenbescheid basierenden Honorarbescheide ergangen sind (vgl. hierzu BSG Urteil vom 21. Oktober 1998, Az.: [B 6 KA 65/97 R](#)).

Vorliegend handelt es sich somit nicht um eine provozierte abstrakte Normenkontrollklage. Es geht auch nicht um die inzidente Prüfung der Rechtmäßigkeit des HVV, sondern vorgreiflich um die Ermittlung ihres maßgeblichen Inhalts, nach dem sich die Rechtmäßigkeit der angegriffenen Verwaltungsakte bemisst.

Die angegriffenen Bescheide sind bereits deshalb rechtswidrig, weil sie nicht den Regelungen des HVV entsprechen.

Die nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) (i.d.F. des GKV -Modernisierungsgesetzes - GMG) über die Beschlussfassung des EBM hinaus zu beschließenden bundeseinheitlichen Vorgaben für die regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) sind nach [§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#) Bestandteil der an die Stelle der bisherigen Beschlussfassung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen tretenden HVM-Vereinbarungen nach [§ 85 Abs. 4 S. 2 SGB V](#) i.d.F. des GMG, was in seiner rechtlichen Bindungswirkung der Vereinbarung des Bundesmanteltarifvertrags als "allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge" nach [§ 82 Abs. 1 SGB V](#) entspricht (vgl. Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Aufl., S. 469). Der HVV besteht demnach nach der gesetzlichen Fiktion des [§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#) aus einem Beschlussteil, nämlich dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 - BRLV) und dem zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Teil. Dabei kommt im Falle einer divergenten Regelung - wie vorliegend hinsichtlich des Abrechnungsmodus für die Dialyseleistungen nach Nrn. 13600 bis 13621 EBM 2005 - den bundeseinheitlichen Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses der Vorrang zu. Die Vertragspartner der HVV waren und sind an die Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses in der Weise gebunden, dass sie rechtswirksam keine abweichenden Regelungen treffen konnten (vgl. BSG Urteil vom 28. Januar 2004 Az.: [B 6 KA 52/03 R](#)). Dies bedeutet für die Honorierung der streitbefangenen Dialyseleistungen nach Nrn. 13600 bis 13621 EBM 2005, dass diese den in Ziff. III. 4.1 BRLV aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die nicht den Regelleistungsvolumina unterliegen, zuzuordnen und damit nicht unter dem Regime der Regelleistungsvolumina abzurechnen sind.

Die angegriffenen Bescheide entsprechen diesen maßgeblichen Bestimmungen nicht.

Mit dem Sozialgericht hat auch der erkennende Senat keine ernsthaften Zweifel daran, dass der BRLV nach seinem Wortlaut, seinen Regelungsinhalten, der den Regelungen innewohnenden Systematik und seiner Intention in den vorliegend relevanten Teilen eine verbindliche bundeseinheitliche Vorgabe bzw. Regelung i.S.v. [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) darstellt, von der nur abgewichen werden kann, soweit dies ausdrücklich zugelassen wurde. Dies folgt u. a. daraus, dass der BRLV unter II. ausdrücklich einzelne als solche bezeichnete Empfehlungen an die Partner der Honorarverteilungsverträge ausspricht, ansonsten jedoch nachfolgend unter III. verbindlich bestimmt, was

für die Bildung von Regelleistungsvolumen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) gilt.

Eine von der Beklagten geltend gemachte Ermächtigung zur Anpassung von Regelleistungsvolumina beinhaltet dabei keinesfalls die Ermächtigung der Vertragspartner, Regelleistungsvolumina über die in Anlage 1 BRLV genannten Arztgruppen hinaus einzuführen. Die Beklagte hat auch nicht schlüssig dargelegt, dass mit den vertraglich festgelegten Regelleistungsvolumina für Fachärzte der Inneren Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie bei ihrer Einführung bereits bestehende vergleichbare Steuerungsinstrumente lediglich fortgeführt werden i. S. der Ausnahmeregelung in Ziff. III. 2.2 BRLV. Arztgruppenspezifische Grenzwerte auf der Grundlage praxisindividueller Punktzahl-Obergrenzen (s. dazu BSG Urteil vom 10. Dezember 2003, Az.: [B 6 KA 54/02](#)) würden diesen Voraussetzungen nicht entsprechen, auch müssten vergleichbare Bestimmungen über eine (abgestaffelte) Restleistungsvergütung gegolten haben. Dies ist jedoch weder vorgetragen, noch ersichtlich.

Schließlich ist der BRLV selbst rechtmäßig, er hält sich im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage und wahrt die Grenzen des bestehenden Gestaltungsspielraums.

Bei der gerichtlichen Überprüfung der Regelungen des BRLV ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG zu beachten, dass es sich um untergesetzliche Normen eines vom parlamentarischen Gesetzgeber in zulässiger Weise hierzu beauftragten Gremiums der funktionalen Selbstverwaltung handelt (vgl. hierzu und nachfolgend insbesondere BSG Urteil vom 29. August 2007, Az.: [B 6 KA 36/06 R](#) m. w. N.). Dem Bewertungsausschuss steht bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe - wie jedem Normgeber - ein von den Gerichten zu beachtender Gestaltungsspielraum zu. Die gerichtliche Kontrolle von Entscheidungen des Bewertungsausschusses ist deshalb im Wesentlichen auf die Prüfung beschränkt, ob sich die untergesetzlichen Normen auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen können und ob die Grenzen des Gestaltungsspielraums eingehalten sind. Der dem Bewertungsausschuss eröffnete Gestaltungsspielraum wird überschritten, wenn seine Entscheidungen von sachfremden Erwägungen getragen sind oder wenn es im Lichte von [Art. 3 Abs. 1 GG](#) keinerlei vernünftige Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem bzw. für die unterschiedliche Behandlung von im Wesentlichen gleich gelagerten Sachverhalten gibt (BSG a. a. O.).

Nach diesen Maßstäben sind die Regelungen des BRLV, soweit die streitbefangenen Leistungen keinen Regelleistungsvolumina unterworfen werden, rechtlich nicht zu beanstanden.

Der Gesetzgeber hat in [§ 85 Abs. 4](#) Sätze 6 und [7 SGB V](#) bestimmt, dass der Verteilungsmaßstab für die Verteilung der Gesamtvergütung Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach [§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) vorzusehen habe und insbesondere arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergütet sind (Regelleistungsvolumina). Mit diesem Gestaltungselement soll nach der amtlichen Begründung ([BT-Drucks. 15/1525 S. 101](#) zu Buchst. h, Doppelbuchst. cc) zum einen erreicht werden, dass die von den Ärzten erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Grenzwert mit festen Punktwerten vergütet werden und den Ärzten insoweit Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihrer Praxisumsätze und -einkommen gegeben werden soll. Nachdem Leistungen, die den Grenzwert überschreiten, jedoch lediglich mit "abgestaffelten" reduzierten Punktwerten vergütet werden, um den ökonomischen Anreiz zur übermäßigen Mengenausweitung zu begrenzen, handelt es sich primär um ein Instrument der Mengenbegrenzung. Regelleistungsvolumina sind nicht die einzige Gestaltungsmöglichkeit für Mengen begrenzende Regelungen, wie sich auch aus der einleitenden Formulierung "insbesondere" ergibt (siehe bereits BSG Urteil vom 10. Dezember 2003 [a.a.O.](#) sowie Hess, in KassKomm, § 85 Rdnr. 70 (Stand Mai 2003) auch wenn der Gesetzgeber diese verbindlich vorschreiben wollte (vgl. [BT-Drucks 15/1525](#), a.a.O.). Abgesehen von einigen Sonderregelungen für bestimmte Leistungen beinhalten die gesetzlichen Regelungen jedoch keine konkreten (auf einzelne Leistungsarten oder Arztgruppen bezogene) Abwägungen im Hinblick auf kumulierende oder divergente Steuerungsinstrumente, auf Maßnahmen der Bedarfssteuerung und hinsichtlich der übergeordneten Ziele der leistungsgerechten Honorarverteilung ([§ 85 Abs. 4 Satz 3 HS 1 SGB V](#)) und der Honorargerechtigkeit. [§ 85 Abs. 4](#) Sätze 6 und [7 SGB V](#) ist daher verfassungskonform im Zusammenhang mit der Befugnis des Bewertungsausschusses zur Bestimmung des Inhalts der hiernach zu treffenden Regelungen ([§ 85 Abs. 4a SGB V](#)) zu interpretieren. Diese Kompetenz des Bewertungsausschusses zur Inhaltsbestimmung von Mengen begrenzenden Regelungen umfasst auch die Kompetenz und Verpflichtung, den aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) abzuleitenden Grundsätzen der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der Leistungsgerechtigkeit der Honorarverteilung Rechnung zu tragen.

Maßnahmen zur Begrenzung des Leistungsvolumens i. S. v. [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#), die eine sorgfältige und gründliche Behandlung der Patienten durch eine persönliche Tätigkeit des Kassenarztes (nunmehr des Vertragsarztes) gewährleisten und die Beitragsbelastung der gesetzlich Krankenversicherten begrenzen sollen, genügen dem Grunde nach den verfassungsrechtlichen Anforderungen an eine Regelung der Berufsausübung. Präventive Leistung begrenzende Maßnahmen - zu denen auch die Vergütung anhand von Regelleistungsvolumina zu zählen ist - sind daher zulässig, wenn sie verhältnismäßig, d.h. geeignet, erforderlich und angemessen sind und eine nach [Art. 3 Abs. 1 GG](#) hinreichende Differenzierung nach Berufsgruppen enthalten (BVerfG Beschluss vom 10. Mai 1972, Az.: 1 BvR 286, 293, 295/65 = E 33, 171, 183 -185; Auktor in Kruse/Hänlein (Hrsg), Gesetzliche Krankenversicherung, LPK, 2. Aufl., § 85 Rdnr. 60).

Gemessen an diesen Maßstäben ist mit höherrangigem Recht vereinbar, dass der Bewertungsausschuss im BRLV die Dialyseleistungen nach Nrn. 13600 bis 13621 EBM 2005 und (damit) die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie von den Regelleistungsvolumina ausgenommen hat. Diese Entscheidung erfolgte erkennbar und ausdrücklich bestätigt durch die von dem SG eingeholte Auskunft von der Geschäftsführung des Bewertungsausschusses vom 23. Januar 2007 vor dem Hintergrund der mit Wirkung vom 1. Juni 2002 vollumfänglich neu geregelten Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten in den Anlagen 9.1 zum Bundesmanteltarifvertrag - Ärzte (BMV-Ä) und zum Bundesmanteltarifvertrag Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä), mit denen u. a. zur Erzielung einer "wirtschaftlichen Versorgungsstruktur" der Auslastungsgrad der in der Region bestehenden Dialysepraxen durch eine mengenmäßige Begrenzung der Arzt-Patienten-Zahl fixiert wird (§ 6 Abs.1 Anlagen 9.1 zum BMV-Ä, BMV-EKV-Ä). Dies stellt zwar keine unmittelbare Regelung zur Begrenzung der Leistungen dar, eine solche ergibt sich jedoch ohne weiteres aus dem weitgehend feststehenden Behandlungsbedarf (Dialysebedarf) chronisch niereninsuffizienter Patienten. Es ist daher unschwer nachzuvollziehen, dass der Bewertungsausschuss diese Regelungen als eine so weitgehende Regulierung der Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten angesehen hat, dass das Risiko einer übermäßigen Ausweitung der Tätigkeit der nephrologisch tätigen Vertragsärzte nicht besteht. Zusätzliche Mengen begrenzende Maßnahmen wie Regelleistungsvolumina erscheinen damit mangels Erforderlichkeit als unverhältnismäßig und damit verfassungsrechtlich unzulässig. Dabei kann dahinstehen, ob die von dem Kläger geschilderten Verwerfungen der im HVV

normierten Regelleistungsvolumina für die Dialyseleistungen nach Nrn. 13600 bis 13621 EBM 2005 und die in weitem Umfang erforderlichen Korrekturen durch Härteregelelungen Indiz hierfür sind.

Die Beklagte hat mit den Beigeladenen die ggf. erforderlichen näheren Regelungen unter Beachtung der dargelegten Rechtsauffassung des Gerichts im HVV bzw. in dessen Ergänzung zu treffen und sodann den Kläger neu zu bescheiden. Der zeitliche Umfang bemisst sich dabei nach der materiellen Rechtslage.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Der Senat hat die Revision zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr.1 SGG](#) vorliegen.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2 Satz 1, 47, 52 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz, wobei ein Streitwert von 5.000 EUR anzunehmen war, weil der Sach- und Streitstand für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte bietet.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2010-07-07