

L 4 KA 37/13

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

4

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 11 KA 615/11

Datum

15.05.2013

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 37/13

Datum

28.09.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Vertragsärzte haben keinen Anspruch auf die unquotierte Vergütung der nephrologischen Leistungen des Kapitels 13.3.6 EBM-Ä (Fortführung von BSG, Urteil vom 23. März 2016,

[B 6 KA 33/15 R](#) und BSG, Urteil vom 17. Juli 2013, [B 6 KA 45/12 R](#), SozR 4-2500 § 87b Nr. 4).

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 15. Mai 2013 wird zurückgewiesen.

Die Kläger haben die Kosten auch des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Honorarbescheide und RLV-Zuweisungsbescheide für die Quartale IV/09 bis II/10.

Die Klägerin zu 1) ist eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) und besteht aus zwei Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie, den Klägern zu 2) und 3). Der Kläger zu 2) ist seit dem 1. Mai 2006 vertragsärztlich niedergelassen, der Kläger zu 3) seit dem 1. April 2007. Die BAG besteht seit dem 1. Juli 2007. Seit dem 1. Juli 2008 ist Herr Dr. D., fachärztlich tätiger Internist, als angestellter Arzt bei der Klägerin zu 1) tätig.

In den Quartalen IV/09 bis II/10 wies die Beklagte durch Bescheid den Klägern folgende praxisbezogenen RLV zu:

Quartal RLV-relevante Fallzahl Fallwert (in EUR) Fallwert- Absta- felung Alters- Struktur- quote BAG-Aufschlag RLV (in EUR)

Dr. A. IV/09 81 29,75 1,000 1,0093 1,1 2.675,38

Dr. C. 75 29,75 1,000 1,0045 1,1 2.465,42

Dr. D. 110 29,75 1,000 1,0000 1,1 3.599,75

Dr. A. I/10 116 28,25 1,000 0,9992 1,1 3.601,82

Dr. C. 69 28,25 1,000 0,9964 1,1 2.136,46

Dr. D. 229 28,25 1,000 1,0000 1,1 7.116,18

Dr. A. II/10 132 30,02 1,000 0,9999 1,1 4.358,47

Dr. C. 55 30,02 1,000 0,9985 1,1 1.813,49

Dr. D. 207 30,02 1,000 1,0000 1,1 6.835,55

Jeweils mit Honorarbescheid nahm die Beklagte in den streitgegenständlichen Quartalen folgende Festsetzung des Honorars vor:

Quartal IV/09 I/10 II/10

Honorarbescheid vom 27.03.2010 29.06.2010 27.09.2010

Widerspruch eingelegt am 11.06.2010 07.10.2010 30.11.2010

Nettohonorar gesamt in EUR 1.025.689,67 1.052.770,81 1.087.404,29

Bruttobonorar PK+EK in EUR (ohne sonst. Kostenträger) 1.025.746,71 1.075.035,70 1.108.393,72

Fallzahl PK + EK 548 513 531

Honorar Regelleistungsvolumen in EUR 5.620,35 6.039,08 5.225,88

Honorar quotiertes Regelleistungsvolumen 0,00 0,00 0,00

Honorar übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 1.019.877,10 83.846,32 95.779,42

Honoraranforderung sonst. Leistungen außerhalb RLV (auf Basis EBM) 93.884,97 94.347,15 101.610,62

Honoraranforderung sonst. Leistungen außerhalb RLV (nach Anwendung HV) 80.909,97 81.259,79 87.086,34

Honorar sonst. Leistungen außerhalb RLV (quotiert) 65.333,18 67.267,67 79.070,91

Quote SI 90 80,748 82,781 90,796

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (AMG) 249,26 961.094,04 990.430,15

Die Kläger legten jeweils Widerspruch gegen die Zuweisungsbescheide für die Regelleistungsvolumina für die Quartale IV/09 bis II/10 und gegen die Honorarbescheide für diese Quartale ein.

Die Beklagte wies die Anträge auf Änderung der RLV gemäß Abschnitt II HV 2009/2010 mit Bescheid vom 11. Februar 2011 zurück. Da in den streitgegenständlichen Quartalen das jeweilige praxisbezogene RLV unterschritten worden sei, liege eine Beschwerde nicht vor. Gegen diesen Bescheid richtete sich der Widerspruch der Kläger vom 19. April 2011.

Ihre Widersprüche gegen die Honorarbescheide für die Quartale IV/09 bis II/10 vom 8. Juni 2010, 5. Oktober 2010 und 30. November 2010 richteten die Kläger in erster Linie gegen die Kürzungen der Honorare für die nephrologischen Betreuungsleistungen, die in Kapitel 13.3.6 EBM zusammengefasst seien. Durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009 seien die Leistungen gemäß Kapitel 13.3.6 EBM mit Wirkung zum 1. Juli 2009 aus den für die Fachgruppe der Ärzte für Innere Medizin mit Versorgungsschwerpunkt Nephrologie gebildeten RLV herausgenommen worden. Dies sei vor dem Hintergrund der Einsicht geschehen, dass es sich bei diesen nephrologischen Leistungen nicht um solche handle, die einer Mengensteuerung unterzogen werden könnten. Da aber die Budgetierung ärztlicher Leistungen auf der Rechtsgrundlage von [§ 87b SGB V](#) nicht allein der Mengensteuerung dienen dürfe, sei die ursprüngliche Einbeziehung dieser Leistungen in die RLV rechtmäßig gewesen. Die nephrologischen Leistungen würden sich jedweder Mengensteuerung entziehen, weil die hierdurch behandelten Krankheitsbilder stets eindeutig und sofort behandlungsbedürftig seien. Die Betreuung nierenkranker Patienten könne mithin schon aus Sicherstellungsgründen nicht verschoben werden, um eine ausgewogene Honorarverteilung zu ermöglichen. Verlange man von den Nephrologen, dass sie ein solches, in anderen Fachbereichen für möglich gehaltenes Steuerungsinstrument einsetzten, führe dies in letzter Konsequenz zu einer Rationierung einer lebenserhaltenden Therapieleistung, die dem im öffentlichen Gesundheitssystem immer noch geltenden Prinzip der Vollversorgung widerspreche. Der insoweit bei den Nephrologen eintretende Honorarverlust könne auch nicht im Regelfall durch andere honorarfähige Leistungen kompensiert werden. Die Fachgruppe werde in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ausschließlich nephrologisch tätig mit der Folge, dass auch in der Gesamtschau der Honorareinnahmen die Quersubventionierung mit anderweitigen Honoraren für ärztliche Leistungen ausgeschlossen sei. Vor diesem Hintergrund sei bereits die Einbindung der nephrologischen Betreuungsleistungen in die RLV ein unverhältnismäßiger, für den Gesetzeszweck unbrauchbarer und rechtswidriger Eingriff gewesen. Nichts anderes gelte, wenn diese nephrologischen Leistungen nunmehr einer anderen Budgetierung unterworfen würden, die im Ergebnis dieselben, möglicherweise sogar höheren Honorarverluste im Vergleich zur früheren, rechtswidrigen Honorarverteilung verursache. Die Begründung für die jetzt vorgenommene Budgetierung habe sich insoweit geändert, als hierdurch eine Stützung der Fallwerte für die RLV erreicht werden solle. Es sei aber nicht einsehbar, dass allein durch die Änderung des Budgetierungsgrundes eine bisher rechtswidrige Honorarbegrenzung rechtmäßig werden solle. Der Unterschied liege allein im Motiv der Kürzung, sei aber nicht geeignet, die sachliche, von elementaren Sicherstellungsmerkmalen getragene Begründung zu entkräften. Folglich gehe man davon aus, dass die aus den RLV herausgenommenen nephrologischen Leistungen ungekürzt mit festen Orientierungspunktwerten zu vergütet seien.

Die Beklagte verband die Widerspruchsverfahren gegen die Honorarbescheide mit denen gegen die RLV-Zuweisungsbescheide sowie die Antragsverfahren und wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 6. Juli 2011 zurück. Zur Begründung führte sie aus, dass die angegriffenen Bescheide auf der Grundlage wirksamer Regelungen in Form des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses, des Honorarvertrages 2009/2010 (HV) sowie des einheitlichen Bewertungsmaßstabes ergangen seien. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit gebe der Gesetzgeber für die Vergütung der Ärzte arzt- und praxisbezogene RLV in [§ 87b SGB V](#) vor. Auf der Basis dieser Vorgaben habe der Erweiterte Bewertungsausschuss Beschlüsse zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung für die Jahre 2009 und 2010 gefasst. Mit dem HV habe die Beklagte mit den Verbänden der Krankenkassen diese Vorgaben gemäß [§ 87b SGB V](#) umgesetzt. Da zum Zeitpunkt der Zuweisungen des RLV für das Quartal IV/09 die in der klägerischen Praxis erfolgte Strukturänderung in Gestalt der Anstellung von Herrn Dr. D. noch nicht berücksichtigt gewesen sei, erfolge für dieses Quartal eine Korrektur der RLV, welche den Klägern mit Bescheid vom 29. Dezember 2009 auch zugesandt worden sei. Die Bescheide seien formell rechtmäßig. Sie seien ausreichend begründet und genügten mithin den Anforderungen des [§ 35 Abs. 1 Sozialgesetzbuch X \(SGB X\)](#). Die Berechnung des praxisbezogenen RLV für die Quartale IV/09, I/10 und II/10 sei entsprechend den Vorgaben nach Abschnitt II HV durchgeführt worden. Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 zum HV erhalte ein arztgruppenspezifisches RLV. Dieses resultiere aus der Multiplikation der für das RLV relevanten Fallzahl des Arztes aus dem Vorjahresquartal mit dem jeweils gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwert sowie weiterhin mit der Fallwertabstaffelung, der Altersstrukturquote und dem Aufschlag für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften. Die RLV-relevante Fallzahl sei wiederum die Zahl der ambulant-kurativen Arzt- und Behandlungsfälle des Vorjahresquartals. Ausgenommen seien Fälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a) und Überweisungsfälle, bei denen ausschließlich Probenuntersuchungen oder Befundungen von dokumentierten Untersuchungsergebnissen stattfänden. Ebenfalls ausgenommen seien Fälle, in denen Ärzte ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen abgerechnet hätten, die nach Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 nicht mehr dem RLV unterlägen. Zur Umsetzung des Arztbezuges sei im streitgegenständlichen Quartal die Bemessung des RLV mit den Arztfällen vorgegeben. Da die Kennzeichnung der Abrechnungen unter Angabe der lebenslangen Arztnummer eines Arztes erst zum 3. Quartal 2008 eingeführt worden sei, sei in den Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses in Anlage 2 Ziffer 7 a zu Teil F eine Übergangsregelung wie folgt vorgesehen: Unter Berücksichtigung der Praxisstruktur als fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und als Praxis mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe entspreche die Zahl der Arztfälle je Arzt der Zahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis dividiert durch die Anzahl der in der Arztpraxis zu berücksichtigenden Ärzte. Weiterhin bestehe ein Anspruch in Höhe von 10 % als Aufschlag für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften; es sei somit von einem Wert von 1,1 auszugehen (s. Zuweisungsbescheid Spalte Aufschlag fachgleiche BAG). Soweit die Kläger zu 2) und 3) eine Sonderregelung bezüglich der Fallzahl aufgrund des Status "junge Praxis" beehrten, sei festzustellen, dass der Änderungsbeschluss des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009 zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Regelung zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in 2009 vorsehe, dass Regelungen für Praxen in der Anfangsphase (sog. "Jungpraxen") getroffen werden sollten. Auf der Basis dieses Beschlusses habe der Vorstand der KV Hessen am 14. Februar 2011 beschlossen, dass Sonderregelungen für sog. "Jungpraxen" auf Antrag nach folgenden Kriterien stattzugeben seien:

1. Ärzte, die sich innerhalb von 2 Jahren vor dem Aufsatzquartal niedergelassen hätten und

2. deren Fallzahlen im Aufsatzquartal unterhalb der Fachgruppenfallzahlen lägen.

Der Kläger zu 2) sei bereits mehr als zwei Jahre vor den Aufsatzquartalen IV/08 bis I/09 niedergelassen gewesen. Daher könne ihm eine Sonderregelung aufgrund des Status "junge Praxis" nicht gewährt werden. Der Kläger zu 3) habe sich zwar innerhalb von zwei Jahren vor den Aufsatzquartalen IV/08 und I/09 niedergelassen. Der Begriff "junge Praxis" beinhalte jedoch, dass eine Sonderregelung durch den Eintritt eines neuen Arztes in eine bereits bestehende Berufsausübungsgemeinschaft nicht in Frage komme, wenn ein in der Berufsausübungsgemeinschaft vorhandener Arztsitz nicht die o. g. Kriterien erfülle. Die Berufsausübungsgemeinschaft bestehe zwar erst seit dem 1. April 2007 in dieser Zusammensetzung, der Kläger zu 2) sei jedoch bereits seit dem 1. Mai 2006 niedergelassen und in Berufsausübungsgemeinschaft vertragsärztlich tätig gewesen, so dass die Möglichkeit einer Sonderregelung infolge des Status "junge Praxis" ausscheide. Hinsichtlich der RLV-relevanten Fallzahl des Herrn Dr. D. sei der Vollständigkeit darauf hinzuweisen, dass er in den Aufsatzquartalen IV/08, I/09 und II/09 als angestellter Arzt mit Leistungsbeschränkung gem. [§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) i. V. m. § 23 i Abs. 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinien vertragsärztlich tätig gewesen. Aus diesem Grund sei ihm in den Aufsatzquartalen kein RLV zugewiesen worden. Seit dem 1. November 2009 Herr Dr. D. jedoch ohne Leistungsbeschränkung in der Berufsausübungsgemeinschaft angestellt. Mangels eigener Werte oder Vorgängerwerte sei ihm bei der Zuweisung eines RLV der Fachgruppendurchschnitt seiner Arztgruppe (im Quartal IV/09 anteilig für den Zeitraum 1. November 2009 bis 31. Dezember 2009) zuerkannt worden. Soweit angeführt werde, dass der Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses unter Teil F, Anlage 1, Punkt 4 vorsehe, dass für bestimmte relevante Arztgruppen RLV zu ermitteln seien, die übermäßige Ausdehnung der vertragsärztlichen nephrologischen Tätigkeit jedoch nicht zu befürchten sei, da diese Leistungen stets und unzweifelhaft eine harte medizinische Indikation voraussetzen würden, sei Folgendes festzustellen: Die Einführung der RLV sei vorgenommen worden, um die Finanzierbarkeit der öffentlichen Gesundheitsversorgung und damit die öffentliche Gesundheitsversorgung an sich, sicherzustellen. Hierbei handele es sich um ein Gemeinschaftsgut von überragender Bedeutung, dessen Schutz auch so einschneidende Maßnahmen wie die Einführung der RLV rechtfertige. Die außergewöhnlich komplexen und eine Vielzahl von Einzelfallgestaltungen und Fachgruppen berücksichtigenden Regelungen seien auch nicht willkürlich, sondern das Ergebnis eines langwierigen Entscheidungsprozesses des (Erweiterten) Bewertungsausschusses auf Grundlage der Vorgaben des Gesetzgebers und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. So sehe Teil F, Anlage 1, Punkt 4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vor, dass für die Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie ein RLV zu bilden sei. Von diesen Vorgaben könne seitens der Beklagten nicht einseitig abgewichen werden. Darüber hinaus sei festzustellen, dass die nephrologischen Leistungen des Kapitels 13.3.6 EBM (Gebührenordnungspositionen der Nephrologie und Dialyse) innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, jedoch außerhalb des RLV vergütet würden. Damit fände gerade keine Begrenzung dieser Leistungen durch das zugewiesene RLV statt. Schließlich sei darauf hinzuweisen, dass die ab dem 1. Januar 2009 geänderten Bestimmungen durch den Erweiterten Bewertungsausschuss eindeutig die Gestaltungsmöglichkeiten für die Gewährung einer Sonderregelung zum RLV vorgäben, die im HV aufgegriffen worden seien. Von diesen könne seitens der Beklagten nicht einseitig abgewichen werden. Die Zuweisungsbescheide zum RLV für die Quartale IV/09, I/10 und II/10 sowie der Bescheid zum Antrag auf Änderung des RLVs gemäß Abschnitt II HV für die Quartale IV/09 bis II/10 seien somit rechtmäßig. Die auf den Zuweisungsbescheiden zum RLV basierenden Honorarbescheide für die Quartale IV/09, I/10 und II/10 seien ebenfalls rechtmäßig. Das Honorar im Quartal IV/09 werde praxisbezogen betrachtet. Dies bedeute, dass eine Verrechnung der arztbezogenen RLV stattgefunden habe. Überschreite ein Arzt einer Berufsausübungsgemeinschaft sein RLV nicht, könne dieses mit der Überschreitung eines Kollegen der Berufsausübungsgemeinschaft verrechnet werden. Aufgrund der Verrechnung der arztbezogenen RLV habe die Praxis das praxisbezogene RLV um 3.091,10 EUR unterschritten. Das angeforderte Honorar in Höhe von 5.659,45 EUR habe somit vollständig vergütet werden können. Aufgrund der Verrechnung der arztbezogenen RLV habe die Praxis auch im Quartal I/10 das praxisbezogene RLV um 6.773,20 EUR unterschritten. Das angeforderte Honorar in Höhe von 6.081,26 EUR habe somit vollständig vergütet werden können. In den streitgegenständlichen Quartalen seien die Kläger von den RLV nicht beschwert. Soweit die Kläger eine ungekürzte Honorierung der unmittelbaren Dialyseleistungen und Betreuungsleistungen für nierentransplantierte Patienten begehrten, würden Nephrologie- und Dialyseleistungen nach dem Kapitel 13.3.6 EBM ebenso wie die Dialysesachkosten nach dem Kapitel 40.14 EBM innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, jedoch außerhalb des RLV vergütet. Damit fände gerade keine Begrenzung dieser Leistungen durch das RLV statt, welches in den streitgegenständlichen Quartalen auch nicht überschritten worden sei. Der Arztrechnung für das jeweilige Quartal könne man unter den Punkten "Dialyse-Sachkosten" und "Sonstige Leistungen außerhalb RLV- nur Fachärzte" entnehmen, dass die dort ausgewiesenen Beträge außerhalb des RLV vergütet würden. Hinsichtlich des Sicherstellungsindex 90 (SI 90) sei bezüglich der Quartale IV/09, I/10 und II/10 Folgendes auszuführen: Durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009 könnten die sogenannten "Vorwegleistungen" begrenzt werden. Dabei würden als Vorwegleistungen solche Leistungen bezeichnet, die außerhalb des RLV vergütet würden, jedoch innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) finanziert werden müssten. Auch Kostenerstattungen des Kapitels 32 könnten begrenzt werden. Hintergrund und Ziel des Beschlusses sei es, bei einer Mengenentwicklung der Vorwegleistungen eine Reduzierung der RLV zu vermeiden. Bereits im Vorfeld sei in einem Rundschreiben vom 30. Juni 2009 über die Möglichkeit der Quotierung der Vorwegleistungen ab dem Quartal III/2009 informiert worden. Im Abschnitt II, Ziffer 6.1 HV (1. Nachtragsvereinbarung) sei festgelegt, dass im Rahmen des SI 90 die in den verfahrensgegenständlichen Quartalen abgerechneten Vorwegleistungen den Beträgen gegenübergestellt würden, die für diese Leistungen von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zurückgestellt worden seien. Die Höhe der Rückstellungen ergebe sich durch die Bewertung der anerkannten Leistungsmenge in den Quartalen I/08, II/08 und IV/08 erhöht um eventuelle Anpassungsfaktoren und multipliziert mit dem Orientierungspunktwert in Höhe von 0,035048 EUR. Dieser berechnete Rückstellungsbetrag werde sodann um 10 % reduziert. Überschreite die aktuelle Anforderung der Vorwegleistungen den Rückstellungsbetrag (90 %), so würde diese quotiert vergütet. Die Höhe der Quote ergebe sich aus dem Verhältnis des Überschreibungsbetrages zum Rückstellungsbetrag. Die Anforderungen für Vorwegleistungen hätten in den verfahrensgegenständlichen Quartalen sowohl in der hausärztlichen als auch in der fachärztlichen Versorgungsebene über dem Rückstellungsbetrag gelegen. Daher erfolge eine quotierte Vergütung der angeforderten Leistungen. Diese Vorgehensweise sei nicht zu beanstanden.

Hiergegen richtete sich die am 26. Juli 2011 zum Sozialgericht Marburg erhobene Klage.

Die Kläger haben vorgetragen, dass die SI 90 Quotierung rechtswidrig sei. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009, der Grundlage für eine Budgetierung der freien Leistung ab dem 1. Juli 2009 gewesen sei, habe auch zum Gegenstand, dass die Leistungen gemäß Abschnitt 13.3.6 EBM auf Betreiben der KBV aus der RLV-Budgetierung herausgenommen würden. Dies sei vor dem Hintergrund der Einsicht geschehen, dass es sich bei diesen nephrologischen Leistungen nicht um solche handele, die einer Mengensteuerung unterzogen werden könnten. Die Budgetierung ärztlicher Leistungen auf der Rechtsgrundlage von [§ 87 b SGB V](#) durch RLV diene aber alleine der Mengensteuerung. Einer solchen mengensteuernden Budgetierung seien die nephrologischen Leistungen jedoch gerade nicht zugänglich. [§ 87 b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) habe das alleinige Ziel, über die Budgetierung mit RLV eine Mengensteuerung zur Verhinderung übermäßiger

Ausdehnung vertragsärztlicher Leistungen zu erreichen. Nephrologische Leistungen müssten zeitnah mit dem Erscheinen des Patienten in der Praxis erbracht werden. Sie könnten auch nicht auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. Dies gelte insbesondere für die Betreuung von Dialysepatienten, die ihre lebenserhaltende Therapie im Regelfall an drei Behandlungstagen pro Woche erfahren müssten und insoweit zwingend der ärztlichen Betreuung bedürften. Die Budgetierung führe daher nicht zu einer Mengensteuerung mit der Option der zeitlichen Streckung einer ärztlichen Leistung, sondern einer Rationierung derselben. Eine solche Rationierung habe keine Rechtsgrundlage und sei daher rechtswidrig. Hinzu komme, dass Dialyseleistungen bereits insoweit budgetiert seien, als § 5 Abs. 7 der QS-Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) einen Arzt-Patienten-Schlüssel der Gestalt vorsehe, dass pro Dialysearzt maximal 50 Dialysepatienten pro Jahr betreut werden dürften. Eine insoweit noch darüber hinausgehende Budgetierung würde dazu führen, dass der auf die Behandlung von maximal 50 Dialysepatienten bezogene genehmigungspflichtige nephrologische Versorgungsauftrag nicht vollständig erfüllt werden könne, wenn zufälligerweise bei Inkrafttreten der RLV eine deutlich niedrigere Patientenzahl betreut würden, die nach Einführung des RLV nicht ohne wirtschaftliche Einbußen weiter wachsen dürfe. Wenn in diesem Fall aufgrund der RLV nämlich Honorarrestriktionen einträten, würden diese auf Dauer die Erfüllung des nephrologischen Versorgungsauftrages gemäß Anlage 9.1 BMVÄ/EKV nachhaltig gefährden. In der höchstrichterlichen Rechtsprechung sei ein Versorgungsauftrag gefährdet, wenn eine Durchführung für den Behandler keine wirtschaftliche Attraktivität mehr habe. Schließlich sei zu berücksichtigen, dass die Mengensteuerung durch Honorarbudgetierungen einen Eingriff in die freie Berufsausübung darstelle, die dergestalt durch ein anderweitiges schützenswertes Rechtsgut gerechtfertigt sein müsse, dass dieses Rechtsgut dem Recht des Vertragsarztes auf ungekürzte Honorierung der von ihm unstreitig erbrachten notwendigen Leistungen als höherrangiges gegenüber stünde. Ein solches Rechtsgut sei zwar erkennbar, weil mit der Honorarbudgetierung ein finanzieller Kollaps des öffentlichen Gesundheitssystems verhindert werden solle, hinter welchem die wirtschaftlichen Interessen der Vertragsärzte grundsätzlich zurückstehen müssten, jedoch belegten die vorstehenden Ausführungen, dass nephrologischen Leistungen im Rahmen der Basisversorgung der gesetzlich krankenversicherten Patienten ohne jeden Vorbehalt erbracht und angeboten werden müssten, ohne dass insoweit ein Behandlungsbedarf gestreckt werden könne. Die Vollversorgung kranker Patienten sei ein elementares Recht im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung und damit als solches Ausdruck derselben. Man könne aber das Gesundheitssystem nicht stützen, indem man es an einer bestimmten, nicht disponiblen Stelle, hier der Versorgung nierenkranker Patienten, beschneide. So habe auch das BSG in seiner Entscheidung zum Az.: [B 6 KA 31/08 R](#) vom 3. Februar 2010 deutlich gemacht, dass die nephrologischen Leistungen, die noch gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 mit Bedacht nicht Gegenstand budgetierter RLV waren, eine Sonderstellung wegen der beschriebenen fehlenden Steuerbarkeit einnahmen, mithin extrabudgetär vergütet werden könnten. Das BSG habe in dieser Entscheidung nicht darüber zu befinden gehabt, ob eine solche Ausnahme zwingend erforderlich sei. Im Umkehrschluss lasse sich aber den Überlegungen des erkennenden Senats durchaus entnehmen, dass eine solche Ausnahme von der Budgetierung geboten sei. Auch die Vorinstanz, das HLSG, habe in seiner Entscheidung vom 23. April 2008, Az.: L 4 KA 60/07 ausgeführt, dass das Risiko einer übermäßigen Ausweitung der Tätigkeit durch nephrologisch tätige Vertragsärzte nicht bestehe und mithin begrenzende Maßnahmen wie RLV mangels Erforderlichkeit unverhältnismäßig und damit rechtlich unzulässig erschienen. Da die nephrologischen Leistungen aus den RLV somit aus guten Gründen herausgenommen worden seien, könne es nicht angehen, wenn zeitgleich mit der Herausnahme aufgrund einer anderen Regelung eine Budgetierung bzw. Quotierung erneut erfolge. Die Herausnahme der nephrologischen Leistungen aus den RLV diene dem Ziel, diese Leistungen jedweder Budgetierung oder Quotierung zu entziehen. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009, auf welchen sich die Beklagte beziehe, sei rechtskonform in der Weise auszulegen, dass die soeben aus dem RLV herausgenommenen nephrologischen Leistungen von der Budgetierung der bis dato ungekürzt honorierten Leistungen schon deshalb ausgenommen werden müssten, weil vom Sinn des Beschlusses vom 20. April 2009 her die Herausnahme der nephrologischen Leistungen aus der einen Budgetierung nicht sogleich in eine neue Budgetierung führen könne, ohne dass insoweit widersprüchliches Beschlussverhalten vorläge. Der Bewertungsausschuss wolle mit der Herausnahme der nephrologischen Leistungen aus den RLV auf die gewonnene, im Übrigen bereits durch Beschluss vom 29. Oktober 2004 manifestierte Erkenntnis reagieren, dass es sich bei den nephrologischen Leistungen um einen Komplex handle, der nicht budgetierungsfähig sei. Er wolle auf der anderen Seite außerhalb der nephrologischen Versorgung mit der Eröffnung der Möglichkeit der Quotierung bisher freier Leistungen schließlich eine Möglichkeit für die KV en schaffen auf eine ungehinderte und häufig auch medizinisch nicht mehr nachvollziehbare Ausweitung dieser bisherigen freien Leistungen reagieren zu können. Die Motive zu den beiden Beschlussteilen seien daher nicht in eine Deckung zu bringen.

Soweit die Kläger erstinstanzlich Honorarbescheide auch hinsichtlich der Rechtmäßigkeit des EHV-Abzuges für Dialysesachkosten angegriffen haben, hat das Sozialgericht die Klage mit Beschluss vom 15. Mai 2013 abgetrennt und an die 12. Kammer des Sozialgerichts Marburg überwiesen.

Mit Urteil vom 15. Mai 2013 hat das Sozialgericht die Klage als unbegründet abgewiesen. Die RLV-Zuweisungs- und Honorarbescheide für die Quartale IV/09 bis II/10 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Juli 2011 seien rechtmäßig und verletzen die Kläger nicht in ihren Rechten. Die Kläger hätten keinen Anspruch auf Neubescheidung ihres Honoraranspruchs für die Quartale IV/09 bis II/10 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, dass die Beklagte in Anwendung der Bestimmungen ihrer HVV das Honorar der Kläger zutreffend festgesetzt habe. Die maßgeblichen Normen, Ziff. 11.6 HVV 2009 und Ziff. 11.6 HVV 2010 seien rechtmäßig. Sie beruhten auf den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 180. Sitzung am 20. April 2009 und in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009. Danach könnten sog. Vorwegleistungen, also Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV vergütet werden, wozu auch die Leistungen gehören, die von Arztgruppen, zu denen auch die Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie gehören, erbracht werden, die nicht dem RLV unterliegen, einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Wie die Steuerung zu erfolgen hat, habe der Bewertungsausschuss den Gesamtvertragsparteien überlassen. Wenn auch grundsätzlich der Bewertungsausschuss selbst nach [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV zu regeln habe, sei es noch zulässig, Detailregelungen an die Gesamtvertragsparteien zu delegieren. Im Hinblick auf möglicherweise unterschiedliche Auswirkungen der Vergütungen für die sog. Vorwegleistungen könnten regionale Besonderheiten berücksichtigt werden. Steuerungsmaßnahmen für die sog. Vorwegleistungen würden gesetzlich nicht ausgeschlossen. Lediglich für Leistungen innerhalb des RLV sei eine Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung vorgeschrieben ([§ 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Nach [§ 87b Abs. 1 Satz 7 SGB V](#) können auch Leistungen vom RLV ausgenommen werden. Soweit aber Leistungen vom RLV ausgenommen werden könnten, bedeute dies nicht, dass das Gesetz Steuerungsmaßnahmen neben der Geltung von RLV ausgeschlossen hätte. Bei der Ausgestaltung des Honorarverteilungsvertrags hätten die Vertragspartner einen Gestaltungsspielraum. Diese Gestaltungsfreiheit gehe typischerweise mit Rechtsetzungsakten einher und werde erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn die jeweilige Gestaltung in Anbetracht des Zwecks der konkreten Ermächtigung unverhältnismäßig oder unverhältnismäßig sei (Hinweis auf: BSG, Urt. v. 3. Februar 2010 - [B 6 KA 1/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 50 = [MedR 2010, 809](#) = USK 2010-53, juris Rdnr. 22

m.w.N.). Die von der Beklagten im Honorarverteilungsvertrag gewählte Steuerungsmaßnahme sei nicht zu beanstanden. Sachlich handele es sich um die Bildung einer Honorargruppe, für die ein bestimmtes, auf dem Vorjahresquartal bzw. Vorvorjahresquartal beruhendes Honorarvolumen zur Verfügung gestellt werde. Reiche das zur Verfügung gestellte Honorarvolumen nicht aus, erfolge nur eine entsprechend quotierte Vergütung, im konkreten Fall nach Quoten. Solche sog. Honorartöpfe seien bisher von der Rechtsprechung als zulässig angesehen worden (Hinweis auf: BSG, Urteil vom 7. Februar 1996 - [6 RKA 68/94](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#) = [BSGE 77, 288](#) = USK 9686 = [NZS 1996, 636](#) = [MedR 1997, 40](#) = NJVV 1997, 822, juris Rdnr. 18 ff.; BSG, Urteil vom 3. März 1999 - [B 6 KA 51/97 R](#) - USK 99101, juris Rdnr. 14 m.w.N.). Dies gelte auch für die geänderte Rechtslage ab dem Jahr 2009, soweit nicht eine Vergütung innerhalb der RLV erfolge. Durch die in den vorangegangenen Quartalen I und II/09 bestehende Vergütungssystematik, die im Grundsatz in den hier streitbefangenen Quartalen fortbestanden habe, habe bei einer Leistungsdynamik der sog. Vorwegleistungen die Gefahr einer sich verringernenden Vergütung für die Leistungen innerhalb der RLV bestanden, die ihrerseits durch die RLV bereits einer strengen Mengensteuerung unterlagen. Soweit Arztgruppen nicht die Möglichkeit offen gestanden habe, evtl. vermehrt sog. Vorwegleistungen zu erbringen, habe bei sinkenden RLV auch keine Ausgleichsmöglichkeit bestanden. Die Beklagte habe zutreffend darauf hingewiesen, dass eine Quotierung der sog. Vorwegleistungen nicht nur dann in Frage komme, wenn eine Mengenausweitung dieser Leistungen selbst unmittelbar nachzuweisen sei. Honorartöpfe dienten insofern nicht nur einer Mengensteuerung, sondern auch der Stabilisierung des Werts der Leistungen bzw. begrenzten das Risiko der Mengendynamik auf einen Teil der Ärzteschaft. Die Beklagte habe insofern auf die Auswirkungen dieser Mengendynamik hingewiesen, die einen sachlichen Grund für die strittige Regelung im Honorarverteilungsvertrag abgegeben hätten. Die strittige Regelung im Honorarverteilungsvertrag sei jedenfalls unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung zu rechtfertigen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts könne es im Fall komplexer Sachverhalte vertretbar sein, dem Normgeber zunächst eine angemessene Zeit zur Sammlung von Erfahrungen einzuräumen und ihm in diesem Anfangsstadium zu gestatten, sich mit gröberen Typisierungen und Generalisierungen zu begnügen, die unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität gerechtfertigt werden könnten (Hinweis auf: BSG, Urteil vom 13. November 1996 - [6 RKA 15/96](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 16](#) = [MedR 1997, 467](#), juris Rdnr. 23 m.w.N.). Es bestünden erweiterte Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielräume, die bewirkten, dass für einen Übergangszeitraum auch an sich rechtlich problematische Regelungen hingenommen werden müssten; gröbere Typisierungen und geringere Differenzierungen seien in derartigen Fällen vorübergehend unbedenklich, weil sich häufig bei Erlass der Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen ließen (Hinweis auf: BSG, Urteil vom 16. Mai 2001 - [B 6 KA 20/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#) = [BSGE 88, 126](#) = USK 2001-156, juris Rdnr. 39 m.w.N.). Die strittige Regelung stehe mit keiner gesetzlichen Regelung in Widerspruch und werde hinreichend gedeckt von der Ermächtigung des Bewertungsausschusses. Bereits der Bewertungsausschuss selbst habe die Regelung begrenzt und sie zum Quartal III/10 wesentlich geändert. Auch im Honorarverteilungsvertrag werde die Regelung zunächst nur quartalsweise eingeführt. Letztlich habe sie nur vier Quartale gegolten. Es komme auch nicht darauf an, ob die Kläger bzw. ihre Fachgruppe, die unzweifelhaft im Hinblick auf ihr Leistungsgeschehen aufgrund der medizinischen Anforderungen an die Dialyseversorgung wenig Spielräume habe, selbst zur Leistungsvermehrung beigetragen habe. Feste Honorarkontingente bzw. sog. Honorartöpfe könnten auch für Nephrologen gebildet werden. Den Klägern sei in Anlehnung an die Rechtsprechung des BSG (Hinweis auf: Urteil vom 3. Februar 2010 [B 6 KA 31/08 R](#)) zwar zuzugestehen, dass ihre Fachgruppe gewissen Besonderheiten unterliege. Diese Besonderheiten bedingten jedoch nicht die Rechtswidrigkeit der zitierten Beschlüsse. Vielmehr gehe auch das BSG davon aus, dass der Bewertungsausschuss berechtigt, jedoch nicht verpflichtet sei, die Nephrologen und die Dialyseleistungen von der Einbeziehung in die RLV freizustellen. Dementsprechend sei der Bewertungsausschuss auch berechtigt – sofern die Leistungen außerhalb des RLV vergütet würden – diese einer Quotierung zu unterziehen. Insbesondere folge das Gericht den Klägern auch nicht in der Einschätzung, es liege widersprüchliches Beschlussverhalten vor. Sofern der Erweiterte Bewertungsausschuss zu dem Ergebnis gelange, die Erprobung der Vergütung der nephrologischen Leistungen innerhalb der RLV sei nicht sachgerecht, und diese wieder aus den RLV herausnehme, sei dies nicht gleichbedeutend mit dem Ausschluss von jeglicher Quotierung im Rahmen der Konvergenzphase. Bei dieser Konvergenzphase gehe es vorliegend auch nicht allein um eine Mengensteuerung, sondern es solle vor allem verhindert werden, dass der Honoraranteil für nicht budgetierte Leistungsbereiche zu Lasten des Honoraranteils für durch die RLV budgetierte Leistungsbereiche vergrößert werde. Insofern hätten der Bewertungsausschuss und die Partner des Honorarverteilungsvertrags jedenfalls im Rahmen der Anfangs- und Erprobungsregelung im Sinne einer solidarischen Beteiligung aller Fachgruppen auch die nephrologischen Leistungen mit einer Quotierung belegen können. Soweit die Honorarverträge rückwirkend in Kraft getreten seien, habe die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass sie rechtzeitig auf die zu erwartenden Änderungen hingewiesen habe.

Gegen das ihnen am 10. Juni 2013 zugestellte Urteil haben die Kläger am 10. Juli 2013 Berufung eingelegt.

Die Kläger beziehen sich zunächst auf ihr bisheriges Vorbringen und tragen ergänzend vor, dass sie nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. Juli 2013, Az. [B 6 KA 45/12 R](#), nicht mehr die Zulässigkeit einer Quotierung sog. freier Leistungen, die im Rahmen einer ungekürzten Auszahlung den Gesamtbestand der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit die angemessene Finanzierung der RLV gefährden könnten, in Zweifel zögen. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009, mit dem die Quotierung der freien Leistungen möglich gemacht worden sei, sei eine Reaktion auf die teilweise exorbitante Ausweitung freier Leistungen in den ersten Quartalen nach Einführung der RLV gewesen. Diese Reaktion könne die Entwicklung der nephrologischen Honorare des Abschnitts 13.3.6 EBM schon deshalb nicht betreffen, weil diese Leistungen in den Quartalen I und II/09 innerhalb der RLV vergütet worden seien. Soweit der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009 an anderer Stelle feststelle, dass die nephrologischen Leistungen besonders förderungswürdig im Sinne von [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) seien, ergebe sich hieraus nicht zwangsläufig, dass der Bewertungsausschuss die Gefahr gesehen habe, dass auch diese Vorwegleistungen die RLV finanziell weiter aushöhlten. Folge hiervon müsse sein, dass die nephrologischen Leistungen von einer Quotierung nicht betroffen sein dürften, wovon auch die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit ausgegangen seien, wie sie die nephrologischen Leistungen nicht quotiert hätten. Die Quotierung sei auch sachlich zu begründen, da bis zum Jahr 2008 die Prävalenz der Dialysepatienten im Verhältnis zur allgemeinen Morbiditätsentwicklung bundesweit gestiegen sei, seither aber nicht mehr bzw. tendenziell rückläufig sei. Auch aus der Prävalenzentwicklung für das Land Hessen ergebe sich, dass eine die Finanzierung des Gesamtsystems gefährdende Vermehrung diese Leistungen nicht zu befürchten sei. Daher verstoße die Quotierung auch gegen das allgemeine Übermaßverbot, weil von den abrechnenden Nephrologen kein kollektiver Beitrag zur Stabilisierung der Gesamtvergütung verlangt werde sondern ein von keiner Rechtsgrundlage gedecktes Sonderopfer. Auch sonstige rechtlichen Erwägungen, insbesondere die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit könnten die Quotierungsmaßnahme nicht rechtfertigen, da gem. § 5 Abs. 7 der QS-Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gem. [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) eine Leistungsbegrenzung bei der Betreuung von Dialysepatienten auf 50 pro Jahr und Nephrologe eingeführt worden sei. Schließlich sei der besonderen Situation der ambulanten nephrologischen Versorgung nicht hinreichend Rechnung getragen, die sich aus der Zweiteilung in ärztliche und nichtärztliche Honorar ergebe. Das Honorar für den nichtärztlichen Leistungsteil dürfe schon deshalb nicht in die

Gesamtansicht der wirtschaftlichen Gewichtung einbezogen werden, weil dieser Honoraranteil lediglich der Erstattung von Kosten diene. Die Durchschnittskosten des nichtärztlichen Leistungsanteils hätten 2012 bei ca. 512,00 EUR pro Woche und Patient gelegen, die Finanzierung erfolge jedoch bekanntlich durch eine durchschnittliche Wochenpauschale in Höhe von 521,00 EUR. Hieraus ergebe sich, dass eine Quersubventionierung zwischen ärztlichen und nichtärztlichem Honoraranteil nicht möglich sei, umso empfindlicher wirke sich eine aus Honorarverteilungsgründen vorgenommene Kürzung der niedrig bewerteten nephrologischen Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM aus.

Die Kläger beantragen,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 15. Mai 2013 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, sie unter Aufhebung der Honorarbescheide für die Quartale IV/09 bis II/10 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 6. Juli 2011 im Hinblick auf die SI 90-Quotierung der nephrologischen Honorare unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte macht sich die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils zu eigen und weist auf mehrere Urteile des Sozialgerichts hin, nach denen die SI 90-Quotierung rechtmäßig sei. Ferner werde die Zulässigkeit der Quotierung auch durch das Urteil des BSG vom 17. Juli 2013, [B 6 KA 45/12 R](#), bestätigt.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 15. Mai 2013 sowie die Honorarbescheide für die Quartale IV/09 bis II/10, die RLV-Zuweisungsbescheide für die Quartale IV/09 bis II/10 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6. Juli 2011 sind, soweit die sog. Vorwegleistungen des Kapitels 13.3.6 EBM nur quotiert vergütet wurden, und hinsichtlich der Höhe der praxisbezogenen Regelleistungsvolumen rechtmäßig und verletzen die Kläger nicht in ihren Rechten. Die Kläger haben keinen Anspruch auf Neubescheidung ihres Honoraranspruchs unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats.

Soweit die Kläger sich gegen die Festsetzung der Höhe der Regelleistungsvolumen in den RLV-Zuweisungsbescheiden und Honorarbescheiden der streitgegenständlichen Quartale richten, ist die Klage bereits unzulässig, da die Kläger ausweislich der streitgegenständlichen Honorarbescheide hierdurch nicht beschwert sind. In keinem der streitgegenständlichen Quartale ist das arzt spezifische, praxisbezogene Regelleistungsvolumen überschritten worden, sondern vielmehr die Honoraranforderung jeweils zum oberen RLV-Punktwert vergütet worden.

Soweit die Kläger sich gegen die Quotierung der sog. Vorwegleistungen des Kapitels 13.3.6 EBM richten, ist die Klage – wie das Sozialgericht zu Recht entschieden hat – unbegründet.

Rechtsgrundlage für die in den streitgegenständlichen Quartalen vorgenommene sog. SI 90-Quotierung der nephrologischen Leistungen des Kapitels 13.3.6 EBM sind Ziff. II.6 HV 2009 und Ziff. II.6 HV 2010, wonach im Zeitraum vom 1. Oktober 2009 bis zum 31. Dezember 2009 (Quartal IV/09) aufgrund des weiteren Rückgangs der RLV-Fallwerte im Vergleich zum Quartal III/09 für die Honorierung der aus der Anlage zur dieser Vereinbarung ersichtlichen Leistungen im jeweiligen Versorgungsbereich (Hausärzte/ Fachärzte) 90 % des im Quartal IV/08 anerkannten und mit dem Punktwert von 0,035001 EUR sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. Nr. I.3 multiplizierten Leistungsbedarfs zur Verfügung stehen. Sofern dieses Honorarvolumen im Quartal IV/09 überschritten wird, erfolgt eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche. Im Zeitraum vom 1. Januar 2010 bis zum 31. März 2010 (Quartal I/10) stehen für die Honorierung der aus der Anlage 5 zum Honorarvertrag 2010 ersichtlichen Leistungen im jeweiligen Versorgungsbereich (Hausärzte/Fachärzte) 90 % des im Quartal I/08 anerkannten und mit dem Punktwert von 0,035048 EUR sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. Nr. I.3 multiplizierten Leistungsbedarfs zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen im Quartal I/10 überschritten wird, erfolgt eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche. Im Zeitraum vom 1. April 2010 bis zum 30. Juni 2010 (Quartal II/10) stehen für die Honorierung der aus der Anlage 5 zu dieser Vereinbarung ersichtlichen Leistungen im jeweiligen Versorgungsbereich (Hausärzte/Fachärzte) 90 % des im Quartal II/08 anerkannten und mit dem Punktwert von 0,035048 EUR sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. Nr. I.3 multiplizierten Leistungsbedarfs zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen im Quartal II/10 überschritten wird, erfolgt eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche. In der Anlage zur dritten Nachtragsvereinbarung zum Honorarvertrag 2009 bzw. in der Anlage 5 zum Honorarvertrag 2010 werden für den fachärztlichen Bereich als Leistungsbereiche der vorgenannten Regelung u. a. die nephrologischen Leistungen des Abschnittes 13.3.6, Nrn. 13590-13622 EBM genannt.

Diese Regelungen des HV 2009 bzw. HV 2010 sind rechtmäßig, sie sind insbesondere mit höherrangigem Recht vereinbar.

Nach § 87b Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch, 5. Buch, Gesetzliche Krankenversicherung i.d.F. des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) mit Geltung ab 1. April 2007, [BGBl. I S. 378](#) (im Folgenden: SGB V a. F.) wurden abweichend von [§ 85 SGB V](#) die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach [§ 87a Abs. 2 SGB V](#) a. F. vergütet. Nach [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) a. F. waren zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen (Satz 1). Ein RLV nach Satz 1 war 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](#) a. F. enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten war (Satz 2). Abweichend von Absatz 1 Satz 1 war die das RLV überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten konnte hiervon abgewichen werden (Satz 3). Bei der Bestimmung des Zeitraums, für den ein RLV festgelegt wurde, war insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet war (Satz 4). Weitere vertragsärztliche Leistungen konnten außerhalb der RLV vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollten oder soweit dies

medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich war (Satz 7). Nach [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) a. F. bestimmte der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten (Satz 1). Er bestimmte darüber hinaus ebenfalls erstmalig bis zum 31. August 2008 Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3, 6 und 7 sowie Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach Absatz 3 Satz 5 (Satz 2). Nach [§ 87b Abs. 5 SGB V](#) a. F. oblag die Zuweisung der RLV an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der RLV vergütet wurden, sowie der jeweils geltenden regionalen Preise der Kassenärztlichen Vereinigung; die Zuweisung erfolgte erstmals zum 30. November 2008 und in der Folge jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des RLV (Satz 1). [§ 85 Abs. 4 Satz 9](#) galt (Satz 2).

Der Bewertungsausschuss (BewA) hat in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008 unter Teil F einen Beschluss gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) a.F. zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V a. F. gefasst (DÄBl 2008, A-1988). Gemäß Teil F Nr. 2.1 des Beschlusses, der insoweit auf der Ermächtigung des [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) a.F. beruht, kamen RLV für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur Anwendung. Anlage 1 Nr. 4 zu dem vorgenannten Beschluss benennt u. a. als für RLV relevante Arztgruppen Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 3. Februar 2010, [B 6 KA 31/08 R](#)).

Mit Beschluss vom 15. Januar 2009 sah der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) die Möglichkeit einer Konvergenzvereinbarung durch die Vertragspartner auf Landesebene vor. Mit Beschluss vom 20. April 2009 Teil B (DÄBl. 2009 A-942) eröffnete der BewA mit Wirkung vom 1. Juli 2009 bis 31. Dezember 2009 den Partnern der Gesamtverträge u. a. auch die Möglichkeit, dass Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen vergütet wurden, einer Steuerung unterzogen werden können, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zulasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken (Teil B des Beschlusses vom 20. April 2009). Diese Ermächtigung verlängerte der BewA mit Beschluss vom 22.9.2009 (DÄ 2009, A-2103) auf das gesamte Jahr 2010.

Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 17. Juli 2013 – [B 6 KA 45/12 R](#) –, SozR 4-2500 § 87b Nr. 4, Rn. 15) stehen diese Regelungen zur Zulassung einer Mengensteuerung mit [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) a. F. in Einklang. Durch die in Teil F, Ziff. II. 1. des Beschlusses vom 22. September 2009 (DÄ 2009, A-2103) enthaltene Regelung eröffnet der BewA den Vertragspartnern die Möglichkeit ("können"), die Leistungen der MGV, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina vergütet werden, einer Steuerung zu unterziehen. Ausdrücklich klargestellt wird durch diese Formulierung, dass gerade nicht die außerhalb der MGV zu vergütenden Leistungen im Sinne von [§ 87a Abs 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V](#) betroffen sind. Der Beschluss des BewA vom 22. September 2009 lässt in Teil F, Ziff II., 1. hinreichend deutlich erkennen, dass "Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung", die außerhalb der RLV vergütet werden, einer Steuerung unterzogen werden können. (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – [B 6 KA 45/12 R](#) –, SozR 4-2500 § 87b Nr 4, Nr. 18).

Soweit der BewA in seinem Beschluss vom 22. September 2009 den regionalen Vertragspartnern die Befugnis eingeräumt hat, Steuerungsmaßnahmen für solche Leistungen innerhalb des MGV vorzuschreiben, die außerhalb der RLV vergütet werden, ist höherrangiges Recht dadurch nicht verletzt, sondern ist dies vom Gestaltungsspielraum des BewA (dazu [BSGE 105, 236](#) (241 f) = SozR 4-2500 § 85 Nr. 52, RdNr. 26 u. a.; zuletzt: [BSGE 111, 114](#) (117 f) = SozR 4-2500 § 87 Nr. 26 RdNr. 28) gedeckt. Allein der Umstand, dass der BewA mittelbar Einfluss auf die Höhe der dem Vertragsarzt für die "freien" Leistungen zustehende Vergütung nimmt, führt nicht zu einem Verstoß gegen [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) a. F.; die gesamte Tätigkeit des BewA ist auf die Beschreibung und Bewertung vertragsärztlicher Leistungen und damit immer auch auf deren Vergütung bezogen, wobei die Konkretisierung der Steuerungsmaßnahmen im Einzelnen den Vertragspartnern der HVV vorbehalten ist (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – [B 6 KA 45/12 R](#) –, SozR 4-2500 § 87b Nr. 4, Rn. 19)

Soweit der BewA in Teil A Ziff. 9.2 b) des Beschlusses vom 20. April 2009 u. a. die – hier streitgegenständlichen - nephrologischen Leistungen des Abschnitts 13.3.6. EBM der Vergütung außerhalb der der RLV zugewiesen hat, ist in der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 3. Februar 2010, [B 6 KA 31/08 R](#)) bereits geklärt, dass der BewA nicht verpflichtet ist, für alle Arztgruppen RLV vorzuschreiben. Es steht ihm insoweit vielmehr ein Gestaltungsspielraum zu, zu entscheiden, für welche Arztgruppen er RLV vorsieht, wobei die Nichteinbeziehung der Nephrologen wegen der Besonderheiten der Erbringung von Dialyseleistungen nicht zu beanstanden ist. Das BSG hat hierzu im Urteil vom 3. Februar 2010 ([B 6 KA 31/08 R](#)) ausgeführt, dass die Gestaltungsfreiheit des BewA, für welche Arztgruppen er RLV vorsieht und für welche nicht, durch das Gebot der Gleichbehandlung gemäß [Art. 3 Abs. 1 GG](#) begrenzt ist. Er darf nicht willkürlich einige Arztgruppen einbeziehen und andere unberücksichtigt lassen. Vielmehr sind Ungleichbehandlungen nur insoweit zulässig, als sie durch sachliche Gründe gerechtfertigt sind (vgl. hierzu z. B. BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 38](#) RdNr.15 f mit BVerfG-Angaben). Nach diesem Maßstab ist die Nichteinbeziehung der Nephrologen und der Dialyseleistungen unbedenklich; denn in diesem Leistungsbereich bestehen Besonderheiten, die den BewA berechtigen - aber nicht verpflichten -, die Nephrologen und die Dialyseleistungen von der Einbeziehung in RLV freizustellen. Dabei gehören zu diesen Besonderheiten auch der Umstand, dass im Dialysebereich eine Leistungs- und Mengenausweitung zwar nicht ausgeschlossen ist, diese Gefahr ist aber geringer im Hinblick auf die Zuweisung von Versorgungsaufträgen sowie auch die Vorgaben für die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung (vgl. Senatsurteil vom 23. April 2008, [L 4 KA 69/07](#)). Wegen dieser Besonderheiten durfte der BewA von der Einbeziehung der Nephrologen und der Dialyseleistungen in die RLV absehen. Andererseits sind die Besonderheiten - auch zusammengekommen - nicht von so großem Gewicht, dass der BewA verpflichtet gewesen wäre, von einer Einbeziehung der Nephrologen und/oder der Dialyseleistungen in die RLV abzusehen. Vielmehr hat der BewA insoweit Gestaltungsfreiheit (BSG, Urteil vom 03. Februar 2010 – [B 6 KA 31/08 R](#) –, [BSGE 105, 236-243](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 53, SozR 4-5540 Anl. 9.1 Nr. 1, Rn. 29).

Entgegen der Auffassung der Kläger führt die Beschlusslage des BewA, nach der die nephrologischen Leistungen einerseits als im Sinne von [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) a. F. "besonders" förderungswürdig oder wegen medizinischer oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung gegebenen Erforderlichkeit aus dem RLV herausgenommen werden und andererseits als "freie" Leistung quotiert werden durfte, nicht zu einer Unzulässigkeit der Quotierung.

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung steht einer Quotierung der "freien" Leistungen der Zweck des [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) a. F. nicht entgegen. Durch diese Regelung sollte eine Förderung bestimmter Leistungen durch die Nicht-Einbeziehung in die RLV ermöglicht werden ([BT-Drucks. 16/4247 S. 42](#)). Eine Förderung der freien Leistungen wird indes nicht nur dann erreicht, wenn diese zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung honoriert werden, sondern auch dann, wenn diese außerhalb des RLV zu quotierten Preisen vergütet werden. Denn eine

Honorierung außerhalb des RLV bedeutet, dass die Leistungen nicht der durch das RLV vorgegebenen Mengenbegrenzung unterliegen und damit zusätzlich zu einem ggf. vom Vertragsarzt schon ausgeschöpften RLV honoriert werden. Dass die freien Leistungen dabei nicht zwingend mit den vollen Preisen der Euro-Gebührenordnung honoriert werden, steht dieser Annahme nicht entgegen, da sich bei begrenzter Gesamtvergütung eine isolierte Betrachtung der Honorierung der freien Leistungen verbietet. Vielmehr ist in diese Betrachtung einzubeziehen, dass Leistungen, die nur von einer geringen Anzahl von Leistungserbringern oder selten erbracht werden, bei Einbeziehung in das RLV nur einen geringen Anteil an diesem ausmachen würden, jedoch durch die Division mit allen RLV-relevanten Fällen auf alle Ärzte einer Arztgruppe aufgeteilt würden. Folge hiervon wäre, dass der Fallwert u. U. nicht oder nur in geringem Umfang für alle Ärzte stiege und folglich die Ärzte, die diese Leistungen erbringen, hierfür nur eine möglicherweise unzureichende Vergütung erhielten. Ein derartiges Ergebnis wird durch die Herausnahme dieser Leistungen aus dem RLV vermieden, und genau darin liegt die vom Gesetz betonte "Förderung" (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – [B 6 KA 45/12 R](#) –, SozR 4-2500 § 87b Nr. 4). Bei einer Vergütung der freien Leistungen innerhalb des RLV läge vielmehr das Risiko für die Höhe der Vergütung bei dem Vertragsarzt, da er, sofern sein RLV bereits ausgeschöpft ist, ggf. eine erheblich niedrigere Vergütung dieser Leistungen hinnehmen müsste und aufgrund der Zuordnung zum RLV ein Anstieg des Fallwertes mit der Folge der schnelleren Ausschöpfung des RLV eintreten würde. Die Zielsetzung des [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) a. F. wird damit aber auch dann nicht verfehlt, wenn die nicht vom RLV erfassten Leistungen nur quotiert vergütet werden (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – [B 6 KA 45/12 R](#) –, SozR 4-2500 § 87b Nr. 4).

Aus dem Umstand, dass aufgrund der Beschlüsse BewA nephrologische Leistungen in den streitgegenständlichen Quartalen nicht Bestandteil des RLV sind, kann kein Anspruch auf die unquotierte Vergütung zum Orientierungspunktwert hergeleitet werden. Denn nach der Rechtsprechung des BSG gilt der Grundsatz, dass angesichts begrenzter Gesamtvergütungen kein Leistungsbereich generell von Steuerungsmaßnahmen ausgenommen werden kann und die Bildung von Honorarkontingenten zulässig ist. Die Notwendigkeit, steuernd einzugreifen, wenn die erbrachte Leistungsmenge das hierfür vorgesehene Vergütungsvolumen übersteigt, folgt daraus, dass auch unter Geltung der in der Zeit ab dem 1. Januar 2009 geltenden Vergütungssystematik die MGV der Höhe nach begrenzt war und dass auch einer Erhöhung der MGV durch Vereinbarung der Partner der Gesamtverträge enge Grenzen durch den Gesetzgeber gezogen waren. Hierdurch verbietet sich die isolierte Betrachtung der "freien" Leistungen. Die Mengensteuerung der nicht vom RLV erfassten Leistungen dient der Sicherung einer insgesamt angemessenen Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen und ist daher geeignet, erforderlich und angemessen, die Quotierung der nephrologischen Leistungen des Kapitels 13.3.6 EBM zu rechtfertigen. Andernfalls würde bei gedeckelter Gesamtvergütung die Vorgabe fester Punktwerte nur dadurch ermöglicht werden, dass entweder die RLV so niedrig bemessen werden, dass die gezahlten Gesamtvergütungen ausreichen, um alle erfassten Leistungen mit dem vorgesehenen Punktwert zu vergüten (BSG, Urteil vom 23. März 2016, [B 6 KA 33/15 R](#), juris Rn. 17, 19).

Auch soweit der Senat in seinem Urteil vom 23. April 2008 ([L 4 KA 69/07](#)) ausgeführt hat, dass das Risiko einer übermäßigen Ausweitung der Tätigkeit der Nephrologen nicht besteht, weshalb zusätzliche mengenbegrenzende Maßnahmen nicht erforderlich sind, steht dies der Quotierung dieser Leistungen innerhalb der MGV nicht entgegen, denn Honorarbegrenzungsmaßnahmen sind auch für Arztgruppen, die die Menge der erbrachten Leistungen nur in begrenztem Maße steuern können, nach ständiger Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 23. März 2016, [B 6 KA 33/15 R](#), juris Rn. 21 m. w. N.) insbesondere im Hinblick auf das System der RLV zulässig. Denn es beeinflusst auch die Vergütung solcher Leistungen, die nicht Bestandteil der RLV sind. Wenn die sog. "freien" Leistungen ohne Steuerungs- oder Begrenzungsmöglichkeiten vergütet werden müssten, hätte das erhebliche Auswirkungen auf die Vergütung der in das RLV fallenden und ebenfalls aus der MGV zu vergütenden Leistungen. Das System der RLV setzt daher eine Quotierung auch der außerhalb dieses Systems außerhalb der sog. "freien" Leistungen voraus (BSG, Urteil vom 23. März 2016, [B 6 KA 33/15 R](#), juris Rn. 21ff.; Urteil vom 17. Juli 2013 – [B 6 KA 45/12 R](#) –, SozR 4-2500 § 87b Nr. 4, Rn. 26).

Schließlich ist auch die Anwendung von Ziff. II.6 HV 2009 und Ziff. II.6 HV 2010 in den streitgegenständlichen Honorarbescheiden rechtlich nicht zu beanstanden. Die Beklagte hat diese Regelungen jeweils regelkonform angewandt.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1, 2 VwGO](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-11-06