

## S 16 KA 351/12

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung  
16  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 16 KA 351/12

Datum  
06.01.2016  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Die Bestimmungen des Bewertungsausschusses über die Ermittlung des Trennungsfaktors betreffend die Quartal I/2011 und II/2011 sind rechtlich nicht zu beanstanden (betrifft insb. Beschluss des BA aus seiner 218. Sitzung am 26.03.2010).  
Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Honorarbescheide für die Quartale I/2011 und II/2011.

Die Klägerin ist ein medizinisches Versorgungszentrum in der Rechtsform einer GbR. Im streitbefangenen Zeitraum waren für die Klägerin die sechs Gesellschafter und eine weitere Ärztin tätig. Praxissitz ist B-Stadt.

Mit Bescheid vom 30.11.2010 setzte die Beklagte das Regelleistungsvolumen mit den QZV hinsichtlich des Quartals I/2011 für die Klägerin auf 209.196,75 Euro fest.

Mit Bescheid vom 01.03.2011 setzte die Beklagte das Regelleistungsvolumen mit den QZV hinsichtlich des Quartals II/2011 für die Klägerin auf 183.408,92 Euro fest.

Mit Schreiben vom 11.1.2011 und 4.4.2011 beantragte die Klägerin für die streitgegenständlichen Quartale Sonderregelungen für das Regelleistungsvolumen. Diese Anträge wies die Beklagte mit Bescheid vom 21.07.2011 zurück.

Die Beklagte setzte in den streitbefangenen Quartalen das Honorar der Klägerin durch Honorarbescheid, wogegen die Klägerin jeweils Widerspruch einlegte, wie folgt fest:

Quartal I/2011 II/2011  
Honorarbescheid vom 24.06.2011 4.10.2011  
Widerspruch eingelegt mit Schreiben vom 08.12.2012 13.2.2012  
Nettohonorar gesamt in EUR 393.744,10 353.452,92  
Bruttobehälter PK + EK in EUR 385.862,49 351.125,65  
Fallzahl PK + EK 3.794 3.495  
Regelleistungsvolumen in EUR 189.689,52 166.781,95  
Überschreitung 45.059,67 32.025,56  
Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (MGV) 6.240,59 5.495,70  
Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (AMG) 181.326,72 164.669,91  
Angefordertes Honorar 234.749,19 198.807,51

Zur Begründung ihrer Widersprüche führte die Klägerin näher zum Vorliegen einer Benachteiligung durch die RLV- bzw. QZV-Zuweisung aus.

Die Beklagte fasste die Widersprüche zusammen und wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 27.6.2012 zurück. Zur Begründung erläuterte

sie, dass die Klägerin mit den abgerechneten Honorarforderungen, die dem Regelleistungsvolumen sowie den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina unterlägen, ihre Zuweisung überschritten habe. Das angeforderte Honorar habe somit nicht vollständig vergütet werden können, was näher ausgeführt wird. Insbesondere wegen eines Verstoßes gegen den Grundsatz der angemessenen Vergütung könne ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für ärztliche Tätigkeit erst dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet werde. Bei einer zu niedrigen Bewertung lediglich einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe sei dies regelmäßig nicht der Fall. Ein niedergelassener Vertragsarzt könne nicht erwarten, dass ihm aus seiner ärztlichen Tätigkeit ein Honoraranspruch in bestimmter Höhe erwachse. Aus der mangelnden Rentabilität einer Arztpraxis oder eines speziellen Behandlungsbereiches ließen sich keine Rückschlüsse auf die Angemessenheit der Honorierung ziehen. Die Wirtschaftlichkeit einer Praxis zähle vielmehr zum Berufsrisiko eines freiberuflich tätigen Arztes wie eines jeden Selbständigen. Es sei weder Aufgabe der Beklagten, durch Umverteilung allen Vertragsärzten eine auskömmliche Praxis zu sichern, noch habe sie eine Fürsorgepflicht, dem Vertragsarzt die Sorge um die Existenz abzunehmen. Insoweit bestehe keine Verpflichtung der KV zur Leistung von Sonder- oder Ausgleichszahlungen. Ein Anspruch auf eine höhere Vergütung in den streitgegenständlichen Quartalen folge auch nicht unmittelbar aus [Art. 12](#) Grundgesetz, was näher ausgeführt wird. Schließlich genüge der Honorarvertrag auch dem Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz da er sich im Rahmen der gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütung bei der Ermittlung des Arzthonorars an die im EBM festgelegten Relationen halte. Letztlich ergäben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die Gesamthonoraranprüche nicht ordnungsgemäß ermittelt wurden.

Hiergegen hat die Klägerin am 27.7.2012 Klage erhoben.

Sie trägt vor, bei der Ermittlung des Honorars habe die Beklagte den Trennungsfaktor zwischen der fachärztlichen und der hausärztlichen Versorgungsebene unzutreffend ermittelt. Dies sei darauf zurückzuführen, dass ab dem Quartal I/2009 Laborleistungen der fachärztlichen Versorgungsebene zuzurechnen seien, auch wenn diese von Hausärzten veranlasst werden.

Die Klägerin beantragt,  
den Honorarbescheid vom 24.06.2011 für das Quartal I/2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.06.2012 aufzuheben und die Klägerin unter Beachtung der Auffassung des Gerichts neu zu bescheiden,

den Honorarbescheid vom 04.10.2011 für das Quartal II/2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.06.2012 aufzuheben und die Klägerin unter Beachtung der Auffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihr Vorbringen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, der Bewertungsausschuss habe in seiner 218. Sitzung am 26.03.2010 gem. [§ 87 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen in Anhang 1 zu Anlage 4 zum Teil F die Ermittlung des Trennungsfaktors beschlossen. Für eine fehlerhafte Ermittlung bzw. Anwendung des Trennungsfaktors durch sie bestünden keine Anzeichen.

Die Beigeladenen haben sich vertieft zur Kompetenz des Bewertungsausschusses im Hinblick auf die Beschließung von Vorgaben zur Ermittlung des Trennungsfaktors geäußert und meinen, die in den streitbefangenen Quartalen gewählte Vorgehensweise sei rechtlich unbedenklich.

Das Gericht hat die Verwaltungsakte der Beklagten beigezogen. Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird verwiesen auf den Inhalt der Behördenvorgänge sowie der Gerichtsakten. Diese waren Gegenstand der Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat gem. [§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG](#) in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG](#)).

Die Entscheidung konnte trotz des Ausbleibens der Vertreter der Beigeladenen zu 1) und 2) ergehen, weil diese ordnungsgemäß geladen und gem. [§ 110 Abs. 1 SGG](#) auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind

Die Klage ist zulässig. Insbesondere ist sie form- und fristgerecht eingelegt worden, auch ist das Sozialgericht Marburg zuständig.

Die Klage ist jedoch unbegründet.

Rechtsgrundlage für den angefochtenen Honorarbescheid, ebenso wie auf einen denkbaren klägerischen Anspruch auf höheres Honorar ist [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung vom 22.12.2010, gültig ab 01.01.2011. Demnach verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte.

Angefochtener Honorarbescheid und zugehöriger Widerspruchsbescheid stimmen mit dieser Grundlage und den weiteren einschlägigen materiell-rechtlichen Vorgaben überein. Anspruch auf höheres Honorar und damit auf eine Verpflichtung zur Neubescheidung besteht nicht.

Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 1, 2. Halbsatz](#) in der genannten Fassung verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen in der vertragsärztlichen Versorgung, unter Verweis auf [§ 73 SGB V](#), getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Nach den weiteren Sätzen des Absatzes wendet sie dabei den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an. 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. Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Der Verteilungsmaßstab hat weiterhin sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab hat schließlich Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes entsprechend seinem Versorgungsauftrag vorzusehen. Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird. Die vom Bewertungsausschuss nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) getroffenen Regelungen sind Bestandteil der o.g. Vereinbarungen zum Verteilungsmaßstab.

Nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) in der genannten Fassung bestimmt der Bewertungsausschuss Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind. Ab dem 01.01.2009 gelten ergänzend und anpassend die Vorgaben nach [§§ 87a, 87b SGB V](#) in der Fassung vom 26.03.2007, gültig ab 01.07.2008.

Unter anderem werden nach [§ 87b Abs. 1 SGB V](#) in der genannten Fassung abweichend von [§ 85 SGB V](#) die vertragsärztlichen Leistungen von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 vergütet.

Auf der Grundlage dieser Regelungen im SGB V und weiterer des Bewertungsausschusses bzw. Erweiterten Bewertungsausschusses haben die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Verbände der Primärkassen sowie die Ersatzkassen einen Honorarvertrag vom 14.05.2012 für die Zeit ab dem 01.01.2011 geschlossen (im Folgenden: HVV).

Unter Berücksichtigung aller genannten rechtlichen Grundlagen sind die Honorarbescheide vom 24.06.2011 und vom 04.10.2011, beide in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.06.2012 nicht zu beanstanden.

Fehler darin sind nicht zu erkennen. Solche wurden auch von der Klägerin nicht vorgetragen, weswegen auf die zutreffenden Darstellungen in den Honorarbescheiden und den Ausführungen im Widerspruchsbescheid verwiesen wird.

Der einzige Einwand, nämlich die Behauptung einer rechtswidrigen Grundlage über die Berechnung des sog. Trennungsfaktors bzw. dessen unzutreffende Ermittlung durch die Beklagte, ist vom streitgegenständlichen Prüfungsumfang nicht erfasst. Denn diese Rechtsfragen sind abschließend von den Zuweisungsbescheiden über das Regelleistungsvolumen erfasst, die vorliegend nicht streitgegenständlich sind.

Nach [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) in der genannten Fassung sind zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen. Ein Regelleistungsvolumen ist demnach die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. Abweichend vom Vergütungsgrundsatz nach [§ 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der genannten Fassung ist die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden. Die vorgenannte Vorschrift sieht sodann weitere Regelungen vor.

Nach [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) in der genannten Fassung bestimmt der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31. August 2008 unter anderem das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina.

Seinen vorgenannten Aufgaben ist der Erweiterte Bewertungsausschuss mit seinem Beschluss aus seiner 7. Sitzung am 27./28.08.2008, abgeändert durch mehrere Beschlüsse, insbesondere den in der Fassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus seiner 218. Sitzung am 26.03.2010, mit Wirkung zum 01.07.2010, sowie weiterer Beschlüsse (239. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung vom 29.10.2010, 242. Sitzung, Beschluss vom 24.11.2010, 248. Sitzung, Beschluss vom 25.01.2011), jeweils nachgekommen.

Unter Teil F des genannten Beschlusses aus der 218. Sitzung mit dem Untertitel "Beschluss gemäß [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V mit Wirkung zum 1. Juli 2010" i.V.m. der dortigen Anlage 4, wiederum in Verbindung mit Anhang 1 zu Anlage 4 werden die Vorgaben zur Berechnung der Regelleistungsvolumina getroffen und hierbei auch die Vorgaben zum Trennungsfaktor, als Teil der Regelleistungsvoluminaberechnung getroffen.

Diese Vorgaben sind auch mit dem oben genannten HVV, dort Abschnitt II durch ausdrückliche Inbezugnahme übernommen worden.

Die Beklagte ist schließlich ihrer Pflicht zum Erlass eines Regelleistungsvolumenbescheids in den streitbefangenen Quartalen nachgekommen. Der für die Honorarvergütung der Klägerin maßgebliche Trennungsfaktor ist vom Regelungsgehalt dieses Verwaltungsaktes erfasst.

An der hiermit verbundenen rechtlichen Ausklammerung einer Prüfung des Trennungsfaktors ändert nach Auffassung der Kammer auch die Tatsache nichts, dass die individuelle Honorarverteilung ggü. dem Vertragsarzt, hier also der Klägerin, durch den Honorarbescheid auf dem Regelleistungsvolumenbescheid aufbaut, mithin der Trennungsfaktor Grundlage der Berechnung des Honorars ist und etwaige Fehler bei seiner Ermittlung sich im Honorarbescheid fortpflanzen.

Allerdings wäre im Übrigen die Klage auch abzuweisen gewesen, wenn die Ermittlung des Trennungsfaktors vom Streitgegenstand erfasst wäre, weil der von der Beklagten zugrunde gelegte Trennungsfaktor nicht zu beanstanden ist.

Weder ist der Beschluss des Bewertungsausschusses rechtswidrig, wie es die Klägerin in der mündlichen Verhandlung weiterhin vertreten hat, noch sind Fehler in der Umsetzung durch die Beklagte erkennbar.

Wie oben dargelegt überträgt der Gesetzgeber dem Bewertungsausschuss mit [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) der genannten Fassung die Aufgabe, Kriterien zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung zu treffen.

Zunächst ist der Gesetzgeber hierzu, auch unter Berücksichtigung des verfassungsrechtlich abgesicherten Parlamentsvorbehalts, berechtigt. Explizit für die vorstehende Vorschrift hat das Bundessozialgericht dies bereits entschieden und ausführlich und schlüssig begründet (Urteil vom 06.09.2006, [B 6 KA 29/05 R](#), Rdnr. 15 ff., juris). Auf die umfangreichen Ausführungen zu den verfassungsrechtlichen Vorgaben, denen sich die Kammer anschließt, wird verwiesen. Dies gilt ausdrücklich auch für die Ausführungen des Bundessozialgerichts zur mit dieser gesetzgeberischen Zuweisung einhergehenden Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit der Vertragsärzte (BSG aaO, Rdnr. 14).

Weiterhin – hier liegt der Angriffsschwerpunkt der Klägerin – steht auch die vom Bewertungsausschuss getroffene Regelung in Einklang mit den rechtlichen Vorgaben. Zunächst weist nichts darauf hin, dass die hier relevanten Beschlussteile nicht dem Gebot der Normenbestimmtheit und Normenklarheit entsprechen könnten (zu den entsprechenden Rahmenbedingungen vgl. wiederum BSG aaO, Rdnr. 18 ff.).

Nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses aus dem genannten Beschluss der 218. Sitzung gilt nach Teil F, Unterabschnitt 3.1.1. stellt die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung die Ausgangsgröße für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen dar. Diese Ausgangsgröße wird auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anlage 4 verteilt. Es entsteht jeweils ein haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.

Nach Anlage 4 wird das haus- und fachärztliche Verteilungsvolumen gemäß Anhang 1 zu Anlage 4 ermittelt. Nach diesem Anhang 1 erfolgt die Ermittlung des Trennungsfaktors in 15. Einzelschritten.

Im Einzelnen sehen diese Schritte – vereinfacht ausgedrückt – Folgendes vor:

In den ersten sechs Schritten wird die für die Ermittlung des Trennungsfaktors zugrunde zu legende trennungsrelevante kassenübergreifende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ermittelt.

Dies erfolgt durch Ermittlung der für die Abrechnungsquartale I/2009 und II/2009 insgesamt zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unter Abzug der jeweils zutreffenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einzelner, näher benannter Leistungsbereiche, ebenfalls aus den Abrechnungsquartalen I/2009 und II/2009. Dazu zählen unter anderem die Leistungsbereiche der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) genannten Arztgruppen ebenso wie die für die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin, sowie die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen, schließlich die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 und letztlich für die Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

Sodann wird in den Schritten sieben bis 14 die für den Trennungsfaktor zutreffende trennungsrelevante hausärztliche kassenübergreifende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ermittelt.

Dies erfolgt durch Ermittlung der für die Abrechnungsquartale I/2009 und II/2009 insgesamt für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete MGV für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte). Hiervon in Abzug gebracht wird unter anderem die für dieselben Abrechnungsquartale insgesamt zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die zur hausärztlichen Versorgung zu diesem Zeitpunkt zugelassenen Vertragsärzte für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 sowie der Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM und noch die vergleichbare Rechengröße für Notfalldienste.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der vorgenannte Honoraranteil für Laborleistungen der Hausärzte wiederum ermittelt wird, indem das Honorar für Laborleistungen der Hausärzte aus den Quartalen I/2007 und II/2007 durch das Honorar der Laborleistungen aller Ärzte aus den vorgenannten Quartalen dividiert wird. Das Ergebnis wiederum wird mit dem Honoraranteil für Laborleistungen aller Ärzte, allerdings folgerichtig aus den Quartalen I/2009 und II/2009 multipliziert.

Aus der Teilung der für den Trennungsfaktor zutreffenden trennungsrelevanten hausärztlichen kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung den für die Ermittlung des Trennungsfaktors zugrunde zu legende trennungsrelevante kassenübergreifende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung folgt der Trennungsfaktor.

Diese Vorgaben entsprechen dem Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses. Es ist in der sozialgerichtlichen Rechtsprechung allgemein anerkannt, dass dem Bewertungsausschuss ein weiter Gestaltungsspielraum zukommt (vgl. beispielhaft BSG, Urteil vom 16.05.2001, [B 6 KA 20/00 R](#) mwN).

Es ist nicht die Aufgabe der Gerichte, ihre eigene Vorstellung von der Sachgerechtigkeit einer Bewertung an die des Bewertungsausschusses zu setzen oder eine vermeintlich bessere Lösung zu finden. Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich vielmehr auf die Frage, ob der Bewertungsausschuss alle Arztgruppen nach denselben Maßstäben behandelt hat und ob seine Festsetzungen inhaltlich frei von Willkür sind (BSG, Urteil vom 09.12.2004, [B 6 KA 44/03 R](#)).

Sachfremde Erwägungen, eine Überschreitung der äußeren, vom Gesetzgeber vorgegebenen Grenzen oder gar Willkür vermag die Kammer im vorliegenden Beschluss nicht zu erkennen.

Dies gilt explizit für die Einordnung der laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Kapitels 32 EBM im Regelwerk des Bewertungsausschusses. Diese Leistungen werden, wie oben erläutert, von der für den Trennungsfaktor zutreffenden trennungsrelevanten hausärztlichen kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgezogen (=Berechnungsschritt 14).

Der klägerische Vortrag, dass diese Leistungen der fachärztlichen Ebene zuzurechnen seien, findet weder in den Vorgaben des Bewertungsausschusses noch in der Umsetzung durch die Beklagte einen Niederschlag. Freilich würde sich, den Abzug weggedacht, der dann hypothetische Vergütungsteiler zu Lasten der Hausärzte und damit zu Gunsten der Fachärzte verschieben, was eine Veränderung des Trennungsfaktor zu Gunsten der Fachärzte zur Folge hätte.

Weil es sich aber bei den Leistungen von Laborärzten um solche von Fachärzten handelt, ist jedenfalls nicht erkennbar, warum es sachwidrig sein soll, einen Vorwegabzug und eine Vorwegvergütung vorzunehmen. Die Argumentation des Klägersvertreter in der mündlichen Verhandlung, dass die Leistungen, die von Hausärzten veranlasst würden, auch zu Lasten deren Vergütungsvolumen gehen müsse, verfängt schon deshalb nicht, weil im vertragsärztlichen System ein Großteil fachärztlicher Leistungen durch Hausärzte, nämlich im Wege der Überweisung (Beispiel: radiologische Leistung), veranlasst werden, ohne dass hieraus in anderen Fällen die Schlussfolgerung abzuleiten wäre, diese Leistungen seien aus dem RLV-Volumen der Hausärzte zu vergüten.

Bedenken bestehen auch nicht hinsichtlich des Vorwegabzugs der psychotherapeutischen Leistungen. Die Klägerin hat diesen Aspekt zwar nicht in diesem, aber im Parallelverfahren [S 16 KA 269/12](#) bemängelt. Hierzu hat das Gericht im dortigen Verfahren ausgeführt:

"Die Rechtsauffassung der Beigeladenen zu 1), dass der Bewertungsausschuss mit dem Vorwegabzug lediglich eine Definition der der Trennung unterliegenden Gesamtvergütung vorgenommen hat, trifft zu. Die Herausnahme der psychotherapeutischen Leistungen aus den beiden Formelbestandteilen des Vergütungsvolumens 2007 des betreffenden Versorgungsbereichs, des entsprechenden Vergütungsvolumens 2007 aller Arztgruppen und dem RLV-Vergütungsvolumen nach Unterabschnitt 3.1 bewirkt eine Ermittlung des Trennungsfaktors unter Außerachtlassung dieser Leistungsgrößen. Diese Vorgabe des Bewertungsausschusses orientiert sich sachgerecht an den Rahmenbedingungen des Gesetzgebers. Denn nach [§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) in genannten und hier maßgebenden Fassung sind antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten.

Es ist deshalb eine folgerichtige, wenn auch nicht zwingende, Vorgehensweise, entsprechende Leistungen im Wege des Vorwegabzugs abzusetzen."

Sinngemäß gilt für das vorliegende Verfahren das gleiche.

Schließlich sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Beklagte in der Umsetzung der Vorgaben des Bewertungsausschusses einen Ausführungsfehler begangen haben könnte, sei es durch Abweichung vom Regelwerk oder durch einen Berechnungsfehler. Die Beklagte hat den Berechnungsvorgang, wie vom Gericht gefordert, exemplarisch in allen 15 Rechenschritten unter jeweiliger Benennung der zugehörigen Stelle des Beschlusstextes aufgeschlüsselt. Diese Darstellung ist nach Bewertung durch die Kammer nachvollziehbar und stimmt mit den dargestellten rechtlichen Vorgaben überein.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-01-28