

## S 16 KA 270/12

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung  
16  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 16 KA 270/12

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/2010 und II/2010 sind rechtlich nicht zu beanstanden (betrifft vornehmlich Beschluss des EBA aus seiner 7. Sitzung am 27./28.08.2008, abgeändert durch den Beschluss des BA aus seiner 164. Sitzung am 17.10.2008, zuletzt durch Beschluss aus seiner 199. Sitzung am 22.09.2009).

Die Zusammensetzung einer Berufsausübungsgemeinschaft mit verschiedenen Arztgruppen kann für sich genommen keine Praxisbesonderheit begründen.  
Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über das der Klägerin für die Quartale I/2010 und II/2010 zugewiesene Honorar sowie das Regelleistungsvolumen.

Die Klägerin ist ein medizinisches Versorgungszentrum in der Rechtsform einer GbR. Im streitbefangenen Zeitraum waren die Ärzte noch als Berufsausübungsgemeinschaft zusammengeschlossen, der sechs Fachärzte für Innere Medizin angehörten, von denen zwei den Schwerpunkt Endokrinologie, drei den Schwerpunkt Kardiologie bzw. Angiologie und eine den Schwerpunkt Gastroenterologie ausübte. Praxissitz ist B-Stadt.

Die Beklagte setzte das Regelleistungsvolumen der Klägerin für das Quartal I/2010 mit Bescheid vom 17.12.2009 in der Fassung des Bescheids vom 03.05.2010 auf 199.927,70 Euro sowie mit Bescheid vom 26.04.2010 für das Quartal II/2010 auf 178.958,37 Euro fest.

Hiergegen erhob die Klägerin für beide Quartale mit Schreiben vom 23.03.2010 bzw. vom 19.04.2010 Widerspruch und stellte zugleich einen Antrag auf Bewilligung einer Sonderregelung. Insbesondere forderte sie eine Fallwertanhebung für den Arzt Herrn MH., weil dieser seit Januar 2010 zur Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen berechtigt sei.

In den streitbefangenen Quartalen I/2010 und II/2010 setzte die Beklagte das Honorar der Klägerin durch Honorarbescheid wie folgt fest, wogegen die Klägerin jeweils Widerspruch einlegte, die sie nicht begründete:

Quartal I/2010 II/2010  
Honorarbescheid vom 29.06.2010 27.09.2010  
Widerspruch eingelegt mit Schreiben vom 29.06.2010 05.10.2010  
Nettohonorar gesamt in EUR 405.633,00 376.245,74  
Brutttohonorar PK + EK in EUR 408.977,48 370336,27  
Fallzahl PK + EK 3.826 3.435  
Regelleistungsvolumen in EUR 203.679,61 178.958,37  
Fallwertzuschläge zum Regelleistungsvolumen 1.308,59 2.992,21  
Überschreitung 41.297,60 34.919,73  
Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (MGV) 5.379,23 4.380,46  
Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (AMG) 197.196,13 187.345,27

Angefordertes Honorar 244.977,21 213.878,10

Die Beklagte fasste mit Widerspruchsbescheid vom 23.05.2012 die Verfahren gegen die Zuweisungsbescheide zum Regelleistungsvolumen für die Quartale I/2010 und II/2010 sowie gegen die entsprechenden Honorarbescheide zusammen und wies alle Widersprüche als unbegründet zurück.

Zur Begründung erläuterte sie die Berechnung der Regelleistungsvolumina und führte unter anderem, nämlich soweit für diese Klage noch relevant, aus, soweit Herrn Dr. IL. irrtümlich der Fallwert als Facharzt für Allgemeinmedizin in Quartal II/10 zugewiesen worden sei, so sei dieser mit 41,96 Euro höher, als der Fallwert für fachärztlich tätige Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie bzw. Internisten ohne Schwerpunkt mit 39,81 Euro. Zu Gunsten der Klägerin verzichte sie auf eine Korrektur. Herrn Dr. MH. sei bereits im Wege der Korrekturen ihrer Zuweisungsbescheide der Fachgruppenwert für invasiv tätige Kardiologen zugesprochen worden. Eine Abstufung der Fallwerte habe nicht stattgefunden. Ferner erläuterte sie im Einzelnen die Berechnung der Altersstrukturquote und der Fallwertzuschläge. Der Sicherstellungsindex 90 beruhe auf Vorgaben des Bewertungsausschusses und des Honorarverteilungsvertrages. Auf Grund des Ausgleichsindex maximus habe die Klägerin im Quartal II/10 eine Ausgleichszahlung in Höhe von 23.799,58 Euro erhalten.

Hiergegen hat die Klägerin am 23.06.2012 Klage erhoben.

Die Klägerin ist der Auffassung, die Beklagte habe 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 würden. Demgemäß hätte ein höheres Honorar im Rahmen der Honorarverteilung zur Verfügung gestanden, was auch ein höheres Honorar der Klägerin hervorgebracht hätte.

Die Beklagte verkenne in ihren Bescheiden die Praxisbesonderheit der interdisziplinären Ausrichtung der Klägerin. Diese spiegele sich in den deutlichen Überschreitungen der Leistungsmengen sonstiger vergleichbarer Praxen wider, wie sie in den Frequenzstatistiken zu Tage träten. Daus sei ersichtlich, dass eine Vielzahl von Leistungen deutlich überdurchschnittlich gegenüber der Vergleichsgruppe erbracht würden. Es handele sich mithin um fachgruppenatypische Leistungen, die zu einer Härtefallregelung führen müssten. Obwohl ausweislich der Widerspruchsbegründung die deutliche Überschreitung der Regelleistungsvolumina durch die Spezialisierung der Klägerin hervorgehoben worden sei, sei dieser Vortrag im angefochtenen Widerspruchsbescheid nicht gewürdigt worden.

Da ein Antrag auf Sonderregelung auch nicht zeitgebunden gestellt werden müsse, sei dies auch noch im sozialgerichtlichen Verfahren geltend zu machen. Dies müsse umso mehr gelten, wenn bereit im Widerspruchsverfahren auf die Praxisbesonderheit und die sich daraus ergebenden abrechnungstechnischen Schwierigkeiten hingewiesen worden sei. Mithin sei dem besonderen Umfang einzeln benannter Leistungen Rechnung zu tragen.

Schließlich habe das Bundessozialgericht arztgruppentypische Leistungen nur dann nicht als eine Besonderheit tragend angesehen, wenn diese keine besondere Qualifikation oder technische Ausstattung erforderten. Im Umkehrschluss seien also diejenigen fachgruppentypischen Leistungen geeignet, eine Praxisbesonderheit zu rechtfertigen, die eine zusätzliche Qualifikation oder technische Ausstattung erfordern.

Die Klägerin beantragt,

1. den Regelleistungsvolumenbescheid für das Quartal I/10 vom 17.12.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.05.2012 aufzuheben und den Kläger unter Beachtung der Auffassung des Gerichts neu zu bescheiden,
2. den Regelleistungsvolumenbescheid für das Quartal II/10 vom 26.04.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.05.2012 aufzuheben und den Kläger unter Beachtung der Auffassung des Gerichts neu zu bescheiden,
3. den Honorarbescheid für das Quartal I/10 vom 29.06.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.05.2012 aufzuheben und die Klägerin unter Beachtung der Auffassung des Gerichts neu zu bescheiden,
4. den Honorarbescheid für das Quartal II/10 vom 27.09.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.05.2012 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 7. Sitzung am 27./28.08.2009 gem. [§ 87 Abs. 5 SGB V](#) zur Neuerung der vertragsärztlichen Vergütung in Anlage 2 zum Teil F die Ermittlung des Trennungsfaktors beschlossen. Dies sei auch im Honorarverteilungsvertrag umgesetzt worden. Für eine fehlerhafte Ermittlung bzw. Anwendung des Trennungsfaktors durch die Beklagte beständen keinerlei Anzeichen.

Die Beklagte trägt weiter vor, die Klägerin mache nunmehr im Klageverfahren erstmals die Praxisbesonderheit im Hinblick auf die genannten Ziffern für die streitgegenständlichen Quartale geltend. Sie sei allerdings der Auffassung, dass eine Praxisbesonderheit nur bis zum Zugang der Honorarunterlagen geltend gemacht werden könne.

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 die angefochtenen Zuweisungsbescheide zum Regelleistungsvolumen vom 17.12.2009 und 26.04.2010 ist [§ 87b Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung vom 26.03.2007. Rechtsgrundlage für die Honorarbescheide vom 29.06.2010 und vom 27.09.2010 sowie für einen denkbaren klägerischen Anspruch auf höheres Honorar ist [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung vom 17.07.2009, gültig ab 23.07.2009. Demnach verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte.

Die angefochtenen Zuweisungsbescheide, Honorarbescheid und der zugehörige Widerspruchsbescheid stimmen mit diesen Grundlagen 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.

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 ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß [§ 87a Abs. 2](#) enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. 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. Bei der Bestimmung des Zeitraums, für den ein Regelleistungsvolumen festgelegt wird, ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist.

Nach [§ 87b Abs. 3 SGB V](#) in der genannten Fassung sind die Werte für die Regelleistungsvolumina nach morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen; bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) in der Fassung vom 17.07.2009 zugrunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen. [§ 87b Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) in der genannten Fassung enthält darüber hinaus weitere Regelungen über das Regelleistungsvolumen.

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 nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten. Er bestimmt 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. [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) in der genannten Fassung enthält sodann weitere Vorgaben, insb. an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.

Nach [§ 87b Abs. 5 SGB V](#) obliegt die Zuweisung der Regelleistungsvolumina an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, sowie der jeweils geltenden regionalen Preise der Kassenärztlichen Vereinigung; die Zuweisung erfolgt erstmals zum 30. November 2008 und in der Folge jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des Regelleistungsvolumens.

Seinen vorgenannten Aufgaben ist der Erweiterte Bewertungsausschuss mit seinem Beschluss aus seiner 7. Sitzung am 27./28.08.2008, abgeändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 164. Sitzung am 17.10.2008, nachgekommen. Diese Beschlüsse hat der Bewertungsausschuss in der Folgezeit mehrfach abgeändert und ergänzt, unter anderem durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 180. Sitzung am 20.04.2009 und zuletzt durch Beschluss aus seiner 199. Sitzung am 22.09.2009 mit Wirkung zum 01.01.2010.

Auf der Grundlage der genannten Regelungen haben die Beklagte und die Verbände der Primärkassen sowie die Ersatzkassen einen Honorarvertrag vom 21.12.2009 mit Wirkung für die Zeit vom 01.01.2010 bis 31.12.2010 (veröffentlicht in info.doc Nr. 1 März 2010, Bekanntmachungen, S. 26 - im Folgenden HVV), geändert bzw. ergänzt durch die 1. Nachtragsvereinbarung zum Honorarvertrag 2010 vom 21.12.2009 mit Wirkung, rückwirkend vom 01.01.2010 an (veröffentlicht in info.doc Nr. 4 August 2010, Bekanntmachungen, S. 30 - im Folgenden HVV-Nachtrag).

Den Zuweisungsbescheiden sind keine Rechtsfehler zu erkennen. Insbesondere lag bei der Klägerin keine Praxisbesonderheit vor, die die Beklagte nicht anerkannt hat.

Praxisbesonderheiten, die maßgeblich im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung Relevanz erlangen, sind bereits nach dem Verständnis des Gesetzgebers auch im Zuge der Honorarverteilung zu berücksichtigen, vgl. [§ 87 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) in der genannten Fassung, ohne dass er hierfür allerdings eine Definition vorgibt.

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung sind sie Synonym für atypische Umstände, die zu einem atypischen Leistungsbedarf der Praxis führen und damit eine ermessensgeleitete Härtefallentscheidung in Abweichung von den generellen Verteilungsregelungen auslösen (BSG, Urteil vom 22.06.2005, [B 6 KA 80/03 R](#)). Sie charakterisieren sich durch aus der Zusammensetzung der Patienten herrührende Umstände, die sich auf das Behandlungsverhalten des Arztes auswirken und in den Praxen der Vergleichsgruppe nicht in entsprechender Weise anzutreffen sind. Die betroffene Praxis muss sich nach der Zusammensetzung der Patienten und hinsichtlich der schwerpunktmäßig zu behandelnden Gesundheitsstörungen vom typischen Zuschnitt einer Praxis der Vergleichsgruppe unterscheiden und diese Abweichung muss sich gerade auf die überdurchschnittlich häufig erbrachten Leistungen auswirken (BSG, Urteil vom 23.02.2005, [B 6 KA 79/03 R](#), sowie Urteil vom 6.9.2000, [B 6 KA 24/99 R](#)). Bedingt sein können sie auch durch eine spezifische Qualifikation des Arztes, etwa aufgrund einer Zusatzbezeichnung (BSG, Urteil vom 06.09.2000, [B 6 KA 24/99 R](#)).

Nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses werden die Praxisbesonderheiten zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt (vgl. etwas den oben genannten Beschluss aus der 7. Sitzung vom 27./28. August 2008, dort Teil F, Unterabschnitt 3.6). Sie ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe in bestimmtem Umfang vorliegt.

Dementsprechend sieht der Honorarverteilungsvertrag 2010 in Abschnitt II, Unterabschnitt 3.4 neben ausdrücklich benannten Sonderfällen vor, dass der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen außerdem im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstufung in Ausnahmefällen und auf Antrag ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen Sonderregelungen beschließen kann. Dies gilt insbesondere für Praxisbesonderheiten, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % vorliegt. Bei der Festsetzung der Praxisbesonderheiten ist die Verrechnung mit Unterschreitungen des durchschnittlichen Fallwertes einer Arztgruppe bei anderen Ärzten derselben Praxis möglich.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts genügt es zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Vielmehr muss die Überschreitung des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht werden. Dabei wird es sich typischerweise um arztgruppenübergreifend erbrachte spezielle Leistungen handeln, die eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern. Deutliches Indiz für einen solchen speziellen Leistungsbereich ist die entsprechende Ausweisung dieser Leistungen im EBM. Mit dem Regelleistungsvolumen soll nicht ein eingeschränktes, sondern ein umfassendes Leistungsprofil abgebildet werden. Es würde dem Konzept des Regelleistungsvolumens mit seiner Anknüpfung an fachgruppenbezogene Durchschnittswerte, die alle fachgruppentypischen Leistungen abbilden, widersprechen, wenn ein Teil der Fachgruppe ausschließlich die niedriger bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet, während ein anderer Teil ausschließlich die hoch bewerteten Leistungen erbringt und abrechnet und dafür eine individuelle Erhöhung des Regelleistungsvolumens erhalten würde (BSG, Urteil vom 29.06.2011, [B 6 KA 20/10 R](#) mwN).

Wie in der mündlichen Verhandlung übereinstimmend mit allen Beteiligten festgestellt wurde, rechtfertigt der Blick auf fachgruppenuntypische Leistungen vorliegend nicht die Annahme einer Praxisbesonderheit. Wie der Vertreter der Klägerin in der mündlichen Verhandlung jedoch konkretisiert hat, sieht die Klägerin ihre Praxisbesonderheit nicht in der Erbringung von solchen (arztgruppenuntypischen Leistungen), sondern vielmehr in der Erbringung von Kernleistungen, diese aber entweder bedingt durch eine zusätzliche Qualifikation bzw. technische Ausstattung oder durch die spezielle Zusammensetzung der Praxis mit den dort tätigen Fachärzten für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Endokrinologie, Kardiologie bzw. Angiologie und Gastroenterologie, die ein atypisch hohes Volumen erreicht hätten.

Beide Umstände allerdings vermögen unter Beachtung der obigen Grundsätze keine Praxisbesonderheit zu begründen. Dies gilt hinsichtlich der Praxiszusammensetzung übrigens unbeachtlich der nicht überprüften Frage, ob diese tatsächlich ursächlich für das höhere Abrechnungsvolumen ist. Denn diese vermeintliche Besonderheit der Klägerin resultiert nicht aus dem Patientenzuschnitt der Klägerin. Es ist nicht deren Zusammensetzung, sondern die Zusammensetzung der Ärzte, die hier eine Besonderheit begründen mag. Diese allerdings begründet keinen besonderen Leistungsbedarf nach den geschilderten Grundsätzen. Dabei übersieht die fachkundig mit neben dem Vorsitzenden zwei Vertragsärzten besetzte Kammer auch nicht, dass vorliegend sechs Fachärzte desselben Bereichs, aber mit drei bzw. vier unterschiedlichen Schwerpunkten, tätig sind. Nach Abschnitt II, Unterabschnitt 1.2.4 HVV werden den Besonderheiten der Versorgung durch Berufsausübungsgemeinschaften bereits durch Sonderregelungen Rechnung getragen. Es heißt dort: "Zur Förderung der vertragsärztlichen

Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das nach [ ] praxisbezogene Regelleistungsvolumen a) für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 % erhöht b) für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte um 5 % je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal sechs Arztgruppen bzw. Schwerpunkt, für jede weitere Arztgruppe bzw. Schwerpunkt um 2,5 %, jedoch insgesamt höchstens um 40 % erhöht. Ärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen werden nur mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt." Weil der Zusammensetzung hierdurch – wenn auch pauschaliert – bereits Rechnung getragen wurde, kommt eine anderweitige Berücksichtigung auch aus diesem Grund nicht in Betracht.

Überdies liegt auch kein weitergehender Härtefall vor. Das Bundessozialgericht liest im Hinblick auf den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Wege der ergänzenden gesetzeskonformen Auslegung eine ungeschriebene generelle Härteklausele in die Honorarverteilungsbestimmungen hinein, wenn dort keine oder eine zu eng gefasste Härteklausele enthalten ist. Als maßgeblichen Gesichtspunkt für die Notwendigkeit einer Härtefallregelung sieht das Bundesgericht an, dass die Vertragspartner nicht alle denkbaren besonderen Konstellationen vorhersehen können. Jedoch sind die Voraussetzungen für die Annahme eines Härtefalles hier eng zu ziehen. Sie liegt allenfalls vor, wenn trotz der Mechanismen im HVV durch Umstände, die der Vertragsarzt nicht zu vertreten hat, ein unabwiesbarer Stützungsbedarf entsteht. Es müssten hier sowohl die wirtschaftliche Existenz der Praxis gefährdet sein als auch ein spezifischer Sicherstellungsbedarf bestehen. Ansonsten könnten allenfalls noch gravierende Verwerfungen der regionalen Versorgungsstruktur zur Anerkennung einer Härte führen (BSG, Urteil vom 29.06.2011, [B 6 KA 20/10 R](#), mwN). Anhaltspunkte hierfür liegen nicht vor.

Weil die Beklagte somit keine Ermessensfehler begangen hat, erübrigten sich Ausführungen zur im Prozess kontrovers diskutierten Frage einer Präklusion der Geltendmachung von Praxisbesonderheiten.

Schließlich ist auch der von der Beklagten zugrunde gelegte Trennungsfaktor nicht zu beanstanden.

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. Im den oben genannten Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses, Teil F mit dem Titel "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 01. Januar 2010" i.V.m. der dortigen Anlage 2 werden die Vorgaben zur Berechnung der Regelleistungsvolumina und hierbei auch die Vorgaben zum Trennungsfaktor, als Teil der Regelleistungsvoluminaberechnung, getroffen.

Weder ist dieser 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.

Diese Vorgaben sind auch mit dem oben erwähnten Honorarverteilungsvertrag 2010 in der ebenfalls erwähnten ergänzten Fassung durch ausdrückliche Inbezugnahme übernommen worden. Er heißt dort: "Die auf die jeweiligen Versorgungsbereiche bezogene Berechnung der Regelleistungsvolumina richtet sich nach Anlage 2 zum Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 (199. Sitzung). Der abgestaffelte Preis für die das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungen ergibt sich aus der Multiplikation der im zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab ausgewiesenen Punktzahlen mit einem Punktwert, der quartalsweise je Versorgungsbereich aus dem gemäß Anlage 2, Nr. 2 zum Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 abgezogenen Vergütungsvolumen für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen und dem die Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungsbedarf des Versorgungsbereichs ermittelt wird. Der sich so ergebende Punktwert darf den festgelegten Orientierungswert in Höhe von 0,035048 EUR nicht überschreiten."

Die Beklagte ist schließlich ihrer Pflicht zum Erlass eines Zuweisungsbescheids hinsichtlich des Regelleistungsvolumens in den streitbefangenen Quartalen nachgekommen.

Auch inhaltlich begegnen die vorgenannten Rechtsquellen und deren Umsetzung keinen Bedenken.

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 Anlage 2 zum Teil F ergibt sich der Trennungsfaktor – sehr grob ausgedrückt – aus dem Verhältnis des trennungsrelevanten Vergütungsvolumens einer der beiden Versorgungsbereiche, also zum Beispiel der Hausärzte, zum trennungsrelevanten Vergütungsvolumen aller Arztgruppen, wobei das trennungsrelevante Vergütungsvolumen durch Absetzungen einzelner Leistungsbereiche erreicht wird.

Im Einzelnen sieht die Formel zur Berechnung des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens eines Versorgungsbereichs vor, dass das Vergütungsvolumen 2007 eines Versorgungsbereichs, also zum Beispiel der Hausärzte, jedoch ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM2008-Anpassungen, dividiert wird durch das Vergütungsvolumen 2007 aller Arztgruppen, jedoch auch hier ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM2008-Anpassungen. Dieses Zwischenergebnis wird mit dem RLV-Vergütungsvolumen, das wiederum nach Teil F, Unterabschnitt 3.1., des Beschlusses zu

ermitteln ist, multipliziert. Aus der dortigen Regelung folgt unter anderem der Abzug der Vergütung für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM (Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien).

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 den Vorwegabzug der psychotherapeutischen Leistungen. 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.

Auch die Einordnung der laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Kapitels 32 EBM im Regelwerk des Bewertungsausschusses erfolgt in nicht zu beanstandender Weise.

Diese Leistungen werden nach den Vorgaben des Beschlusses aus dem RLV-Vergütungsvolumen herausgerechnet, vgl. Anlage 2 Nr. 2 lit. a (hausärztliches Volumen) und lit. b (fachärztliches Volumen) und von der Beklagten dementsprechend im Vorwegabzug auf die beiden Versorgungsebenen vergütet.

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 bei hypothetischer Belastung des Vergütungsvolumens des hausärztlichen Versorgungsbereichs mit den durch Hausärzte veranlassten Laborleistungen der Vergütungsteiler zu ihren Lasten und 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. Denn selbst die klägerseits vorgetragene, tatsächlich nicht bestehende einseitig Belastung der Fachärzte wäre noch vergütungssystemstringent. Die Argumentation des Klägersvertreters 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.

Schließlich sind Anhaltspunkte dafür, 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, weder ersichtlich noch wurde hierzu ein konkreter Anhaltspunkt vorgetragen.

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