S 16 KA 269/12

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
16
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 16 KA 269/12
Datum
06.01.2016
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Die Frage der zutreffenden Ermittlung des Trennungsfaktors hinsichtlich der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung ist vom gerichtlichen Prüfungsumfang nicht erfasst, wenn isoliert der Honorarbescheid angefochten wird.

Die Bestimmungen des Bewertungsausschusses über die Ermittlung des Trennungsfaktors betreffend das Quartal I/2009 sind rechtlich nicht zu beanstanden (betrifft 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).
Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten nur noch über die Honorarverteilung zugunsten der Klägerin für das Quartal I/2009.

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

Die Beklagte setzte das Regelleistungsvolumen der Klägerin für das Quartal I/2009 mit Bescheid vom 26.09.2008 auf 179.282,87 Euro fest. Hiergegen erhob die Klägerin mit Schreiben vom 10.11.2008 Widerspruch, den die Beklagte als Antrag auf Bewilligung einer Sonderregelung wertete. Die Klägerin bat mit näherer Begründung um eine Anpassung des Regelleistungsvolumens.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 26.07.2011 den Antrag auf eine Sonderregelung im Rahmen der Zuweisung des Regelleistungsvolumens ab, was sie näher begründete.

Hiergegen erhob die Klägerin keinen Widerspruch.

Im streitbefangenen Quartal setzte die Beklagte das Honorar der Klägerin durch Honorarbescheid vom 20.07.2009 wie folgt fest, wogegen die Klägerin Widerspruch einlegte, den sie nicht begründete:

Quartal I/09
Honorarbescheid vom 20.07.2009
Widerspruch eingelegt am 25.09.2009
Nettohonorar gesamt in EUR 317.110,53
Bruttohonorar PK + EK in EUR 313.377,21
Fallzahl PK + EK 3.141
Honoraranteile PK + EK
Regelleistungsvolumen in EUR 171.843,98
Quotiertes Regelleistungsvolumen in EUR 13.001,98

Fallwertzuschläge zum Regelleistungsvolumen in EUR 2.472,29
Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (MGV) 3.272,80
Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (AMG) 122.786,16

Praxisbez. RLV 179.282,87
Angefordertes Honorar 249.189,62
Überschreitung 69.906,75

Die Beklagte fasste mit Widerspruchsbescheid vom 23.05.2012 die Verfahren gegen den Zuweisungsbescheid zum Regelleistungsvolumen für das Quartal II/2009 und gegen die Honorarbescheide für die Quartale I und II/2009 zusammen und wies alle Widersprüche als unbegründet zurück.

Zur Begründung führte sie im Wesentlichen näher zu den Regelleistungsvolumina aus.

Die Klägerin hat am 22.06.2012 Klage erhoben.

Sie trägt, bezogen auf den noch bestehenden Streitgegenstand 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 worden seien. Dies hätte dazu führen müssen, dass der Trennungsfaktor zu Gunsten der Fachärzte hätte ausgestaltet werden müssen. Dies sei jedoch nicht erfolgt. Darüber hinaus seien in der Vergangenheit die psychotherapeutischen Leistungen sowohl der hausärztlichen als auch der fachärztlichen Versorgungsebene zugerechnet worden. Da ab dem Quartal I/2009 diese Leistungen ausschließlich zulasten der fachärztlichen Versorgungsebene gingen, hätte der Trennungsfaktor ebenfalls entsprechend korrigiert werden müssen. Demgemäß hätte ein höheres Honorar im Rahmen der Honorarverteilung zur Verfügung gestanden, was auch für sie ein höheres Honorar hervorgebracht hätte.

Die Klägerin beantragt,
den Honorarbescheid für das Quartal I/2009 vom 20.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.05.2012 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, unter Beachtung der Rechtsaufassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist, bezogen auf den noch bestehenden Streitgegenstand, auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend und vertiefend vor, für eine fehlerhafte Ermittlung beziehungsweise Anwendung des Trennungsfaktors 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 in der Fassung vom 26.3.2007, gültig ab 01.07.2008. 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 13.12.2008 für die Zeit ab 01.01.2009 geschlossen (im Folgenden: HVV).

Unter Berücksichtigung aller genannten rechtlichen Grundlagen ist der Honorarbescheid vom 20.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.05.2012 nicht zu beanstanden. Fehler darin sind nicht zu erkennen.

Solche wurden auch von der Klägerin nicht vorgetragen. 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 vom Regelungsgegenstand des Regelleistungsvolumenbescheids erfasst, der vorliegend bestandskräftig ist.

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 den Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 164. Sitzung am 17.10.2008, nachgekommen.

Unter dem dortigen 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. September 2008" i.V.m. der dortigen Anlage 2 werden die Vorgaben zur Berechnung der Regelleistungsvolumina getroffen und hierbei auch die Vorgaben zum Trennungsfaktor, nämlich als Teil der Regelleistungsvoluminaberechnung, getroffen.

Diese Vorgaben sind auch mit dem Honorarverteilungsvertrag 2009 vom 13.12.2008, Abschnitt II, Unterabschnitt 1.1, durch ausdrückliche Inbezugnahme übernommen worden. Er heißt dort:

"Die auf die jeweiligen Versorgungsbereiche bezogene Berechnung der Regelleistungsvolumina richtet sich nach Anlage 2 zu Teil F des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008 in der Fassung der 164. Sitzung des Bewertungsausschusses vom 17. Oktober 2008.

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 zu Teil F der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 und 17. Oktober 2008 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 erstmalig festgelegten Orientierungswert in Höhe von 0,035001 EUR nicht überschreiten."

Die Beklagte ist schließlich ihrer Pflicht zum Erlass eines Regelleistungsvolumenbescheids im streitbefangenen Quartal nachgekommen und hat mit dessen Regelungsgehalt auch den Trennungsfaktor in Bezug auf die Klägerin verbindlich festgelegt.

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 übertragt 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 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 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 setzten 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 genannter 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 Klägervertreters 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.

Auf die Frage, ob die Beklagte in der Umsetzung der Vorgaben des Bewertungsausschusses einen Ausführungsfehler begangen haben könnte, wofür allerdings nichts ersichtlich ist, sei es durch Abweichung vom Regelwerk oder durch einen Berechnungsfehler, geht die Kammer nicht näher ein, weil dies, wie erläutert, nicht den Streitgegenstand berührt.

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