L 5 KA 3046/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 20 KA 4919/11
Datum
25.04.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 3046/12
Datum
24.10.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 25.04.2012 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert wird endgültig auf 1.542,12 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen die Quotierung von freien Leistungen bei der Berechnung seines vertragsärztlichen Honorars für das Quartal II/2010. Er begehrt die ungekürzte Vergütung der von ihm erbrachten freien Leistungen und damit eine weitere Honorarzahlung in Höhe von 1.542,12 EUR.

Der Kläger ist als Facharzt für Allgemeinmedizin mit Sitz in K. zugelassen und nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Mit Honorarbescheid vom 15.10.2010 setzte die Beklagte das vertragsärztliche Honorar des Klägers in Höhe von insgesamt 63.097,77 EUR fest. Dabei wurden folgende freie Leistungen mit einem prozentualen Anteil des im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) angegebenen Wertes vergütet:

Freie Leistungen GOP GOP-Wert Anzahl Gesamt Quote Kürzung Unvorhergesehene Inanspruchnahme 01100 19,45EUR 54 1.050,39EUR 90,15 % 103,45EUR Dringender Besuch I 01411 46,44EUR 12 557,26EUR 92,94% 39,34EUR Dringender Besuch II 01412 62,03EUR 2 124,07EUR 92,94% 8,76EUR Eingangsdiagnostik und Abschluss- untersuchung zur Körperakupunktur 30790 46,61 EUR 30 2.796,83EUR 89,42% 295,88EUR Durchführung der Körperakupunktur 30791 21,03EUR 492 10.346,76EUR 89,42% 1.094,69EUR Insgesamt 1.542,12EUR

Der Kläger erhob hiergegen am 11.11.2010 Widerspruch und ließ zu dessen Begründung ausführen, die Quotierung von Leistungen außerhalb des Regelleistungsvolumens (RLV) sei mangels Rechtsgrundlage unzulässig. Nach § 87b Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) seien die vertragsärztlichen Leistungen auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung zu vergüten. Eine prozentuale Minderung der darin bestimmten Euro-Beträge sei in der Gebührenordnung nicht vorgesehen. Gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V könne nur die das RLV übersteigende Leistungsmenge abgestaffelt vergütet werden. Davon seien die freien Leistungen nicht umfasst. Etwaige Beschlüsse der Beklagten oder des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur abgestaffelten Vergütung freier Leistungen verstießen gegen das vertragsärztliche Vergütungsrecht und seien deshalb unwirksam. Wenn der Gesetzgeber die Vergütung der Vertragsärzte klar und unmissverständlich geregelt habe, seien abweichende Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht zulässig. Es komme nicht darauf an, ob der Beklagten ausreichende finanzielle Mittel zur Vergütung der Vertragsärzte zur Verfügung stehen würden, da sie sich die zur Erfüllung der gesetzlichen Honoraransprüche der Vertragsärzte erforderlichen finanziellen Mittel bei den Kostenträgern beschaffen müsse. Weil die Quotierung der freien Leistungen unzulässig sei, habe er Anspruch auf eine Nachzahlung in Höhe von 1.542,26 EUR.

Die Beklagte wies den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 10.08.2011 als unbegründet zurück Die Mengensteuerung der freien Leistungen seit dem Quartal III/2009 beruhe auf dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 20.04.2009. Maßstab für die Mengensteuerung sei die Menge der abgerufenen Leistungen im entsprechenden Vorjahresquartal. Was über diesen Topf hinausgehe, werde quotiert, damit Honoraranforderung und beschränkte Geldmenge in Einklang gebracht werden könnten. Der Grund für die quotierte Vergütung freier Leistungen liege darin, dass ein Anstieg der freien Leistungen zwangsläufig zu einer Verminderung der RLV führe, da die Geldmenge für die Leistungen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) insgesamt begrenzt sei und die

Krankenkassen keine Nachfinanzierungspflicht treffe. Durch die Mengensteuerung der freien Leistungen stünden mehr Gelder für die RLV zur Verfügung.

Hiergegen erhob der Kläger am 23.08.2011 Klage vor dem Sozialgericht Stuttgart, zu deren Begründung er ausführen ließ, dass die Unzulässigkeit einer Kürzung der Vergütung für freie Leistungen aus § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V folge. Danach könnten weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der RLV vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollten. Die Vergütung solcher freier Leistungen zu einem Bruchteil des üblichen Preises widerspreche der besonderen Förderung dieser Leistungen, da sie von der ersten freien Leistung an schlechter bezahlt würden als vergleichbare unter das RLV fallende Leistungen, die zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet würden. Das weite Ermessen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses bei der Ausgestaltung der vertragsärztlichen Vergütung sei durch § 87b Abs. 1 und 2 SGB V begrenzt. Hiernach sei eine Kürzung der Vergütung ärztlicher Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nur bei einer Überschreitung des RLV möglich. Eine Kürzung bei Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, sehe das vertragsärztliche Vergütungsrecht nicht vor. Das Zusammenspiel von § 87b Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 3 SGB V zeige, dass das Gesetz außer für die das RLV übersteigende Leistungsmenge einen festen Vergütungsanspruch der Vertragsärzte nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung geschaffen habe. Das Ermessen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses erschöpfe sich darin, einzelne vertragsärztliche Leistungen als besonders förderungswürdig einzustufen. Er sei jedoch nicht berechtigt, in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes über die gesetzlichen Regelungen hinaus mindernd einzugreifen. Deshalb dürfe der (Erweiterte) Bewertungsausschuss die Beklagte auch nicht ermächtigen, die freien Leistungen sowie die Quote ihrer Vergütung quartalsweise neu zu bestimmen.

Die Beklagte vertrat die Auffassung, die vom Kläger abgerechneten freien Leistungen seien zu Recht nur quotiert vergütet worden. Rechtsgrundlage hierfür sei Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 180. Sitzung am 20.04.2009, wonach Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM-Ä, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet würden, einer Steuerung unterzogen werden könnten, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gelte auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM-Ä, welche von Arztgruppen erbracht würden, die keinem RLV unterlägen. Damit habe der Bewertungsausschuss den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene die Möglichkeit eröffnet, im Rahmen der Konvergenzphase vom 01.04.2009 bis 31.12.2010 (vgl. Teil A Nr. 1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 10. Sitzung am 27.02.2009) auch die freien Leistungen einer Mengensteuerung zu unterziehen. Auf dieser Grundlage sei in Ziffer 2.1 und 2.2 der Anlage 4 zu Teil B der Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2010 (HVV) vereinbart worden, dass für diejenigen Leistungsbereiche im hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich, für die ein Vorwegabzug vom vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen erfolge, jeweils ein separates Honorarvolumen auf der Basis der jeweiligen Abrechnungsergebnisse der jeweiligen Quartale des Jahres 2008 gebildet werde, das durch die abgerechneten und anerkannten Honorarforderungen im jeweiligen Abrechnungsquartal zu teilen sei. Hieraus ergebe sich die jeweilige Quotierung für diese Leistungen. Im Rahmen des unter Gesichtspunkten der Erprobungsregelung besonders weiten Gestaltungsspielraums und der damit einhergehenden Beobachtungs- und ggf. Nachbesserungspflicht sei der Bewertungsausschuss zur Wahrung der grundrechtlichen Honorarverteilungsgerechtigkeit verpflichtet gewesen, eine unbegrenzte Mengenentwicklung im Bereich des Vorwegabzuges zu Lasten anderer Ärzte, insbesondere an der Mengenentwicklung unbeteiligter Arztgruppen auszuschließen. Die Quotierung der freien Leistungen diene somit der Stabilisierung der RLV und dem Erhalt der Funktionsfähigkeit des Vergütungssystems. Da das RLV alle typischen und speziellen Leistungen einer Arztgruppe zusammenfasse, würden diese bei einem Vorwegabzug freier Leistungen in unbegrenzter Menge gerade bei solchen Arztgruppen nicht mehr ausreichen, die nur wenig oder gar nicht von der Erbringung freier Leistungen profitierten. Schließlich bestehe kein ausdrückliches gesetzliches Verbot der Quotierung freier Leistungen.

Das Sozialgericht wies die Klage mit Urteil vom 25.04.2012 ab.

Der Kläger habe keinen Anspruch auf die ungekürzte Vergütung der freien Leistungen mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen und damit keinen Anspruch auf die Zahlung weiteren vertragsärztlichen Honorars für das Quartal II/2010 in Höhe von 1.542,12 EUR. Der Bewertungsausschuss habe im Rahmen seines weiten Gestaltungsspielraums zur Ausgestaltung der Vorgaben für die Vergütung freier Leistungen nach § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V Regelungen zur Mengensteuerung freier Leistungen zugelassen. Anknüpfend an seinen vorangehenden Beschluss vom 20.04.2009 habe der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 22.09.2009 zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen mit Wirkung zum 01.01.2010 in Teil F, Ziffer 11.1 festgelegt, dass Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, einer Steuerung unterzogen werden können, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gelte auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen.

Auf dieser Grundlage habe die Beklagte in der vom 01.01.2010 bis 30.6.2010 geltenden Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung (HVV) eine Quotierung der freien Leistungen bestimmt. Gemäß Teil B, § 3 Abs. 3 in Verbindung mit Anlage 4, Ziffer 2.1 und 2.2, zu Teil B der HVV werde das RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen und des fachärztlichen Versorgungsbereichs je Quartal aus dem jeweiligen vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen unter anderem für Leistungen der besonderen Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102 EBM-Ä), dringender Besuche (GOP 01411, 01412, 01415 EBM-Ä) und Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM-Ä (GOP 30790 und 30791 EBM-Ä) ermittelt. Für diese Leistungsbereiche, die gemäß Teil B, § 3 Abs. 13 HVV nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen würden, werde jeweils ein separates Honorarvolumen auf der Basis der Abrechnungsergebnisse der jeweiligen Quartale des Jahres 2008 gebildet. Dieses Honorarvolumen werde durch die abgerechneten und anerkannten Honorarforderungen im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergebe sich die jeweilige Quotierung für diese Leistungen.

Diese quotierte Vergütung der freien Leistungen stehe im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben in § 87b SGB V in der ab 01.07.2008 gültigen Fassung von Art. 1 Nr. 57b des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.03.2007 (BGBI. I, S. 378). Nach § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V seien vertragsärztliche Leistungen ab dem 01.01.2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung zu vergüten. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis seien arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen (§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V), innerhalb derer vertragsärztliche Leistungen mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen und für den- Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten seien (§ 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V). Darüber hinausgehende Leistungen seien mit abgestaffelten

Preisen zu vergüten (§ 87b Abs. 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V). Weitere vertragsärztliche Leistungen könnten außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollten oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich sei (§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB - V). Danach könne der Vertragsarzt nur beanspruchen, dass die Leistungen, die der Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumen unterfielen, bis zum Erreichen dieser Grenze mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen vergütet würden. Ein Gebot, dass die Vergütung ärztlicher Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nur bei einer Überschreitung des Regelleistungsvolumens gekürzt werden dürfe und deshalb auch die der Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumen entzogenen besonders förderungswürdigen Leistungen im Sinne des § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V stets zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden müssten, enthalte das Gesetz hingegen nicht. Soweit Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V vom Regelleistungsvolumen ausgenommen werden könnten, bedeute dies nicht, dass das Gesetz Steuerungsmaßnahmen neben der Geltung von Regelleistungsvolumina ausgeschlossen habe (vgl. SG Marburg, Urteil vom 18.04.2012 - S 12 KA 780/10, S 12 KA 781/10, S 12 KA 158/11-, in Juris). § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V gebe vor, dass vertragsärztliche Leistungen "auf der Grundlage" der Euro-Gebührenordnung zu vergüten seien, und fixiere damit lediglich den Ausgangspunkt der Honorarverteilung, normiere aber nicht deren Ergebnis. Diese Regelung stehe Anpassungen oder Einschränkungen der Vergütung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung bei der konkreten Ausgestaltung der Honorarverteilung nicht entgegen. Auch § 87b Abs. 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V zur abgestaffelten Vergütung der das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungsmenge enthalte keinen Anhaltspunkt für eine abschließende Ausnahmeregelung, so dass auch hieraus kein gesetzliches Verbot hergeleitet werden könne, die von den Regelleistungsvolumen nicht erfassten (freien) Leistungen quotiert zu vergüten. Es sei vielmehr der Wille des Gesetzgebers gewesen, Ärzte, die besonders geförderte oder medizinisch erforderliche Leistungen erbrächten, nicht in die mit den Begrenzungen durch RLV einhergehende Abstaffelung rutschen zu lassen. Dem werde auch dadurch Rechnung getragen, dass von der Beklagten ausweislich einer Protokollnotiz vom 24.03.2010 für die Quotierung der freien Leistungen eine Mindestquote von 80 % garantiert werde, während es im Bereich der abgestaffelten Vergütung keine absolute Untergrenze gebe. Damit könne die besondere Förderungswürdigkeit der freien Leistungen, die durch die besondere Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum Ausdruck komme, fortwirken. Auch aus § 87a Abs. 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V folge keine entgegenstehende Vorgabe für die Auslegung von § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V. Der Wortlaut des § 87a Abs. 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V sehe im Unterschied zu § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V zwar ausdrücklich die Vergütung von besonders geförderten oder medizinisch erforderlichen Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vor. Dies könne jedoch nicht auf die Vergütung freier Leistungen nach § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V übertragen werden, da jeweils unterschiedliche Sachverhalte geregelt seien. Während § 87a Abs. 3 SGB V die "Honorarbeschaffung" im Verhältnis zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen betreffe und die in § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V genannten besonders geförderten Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet würden, regele § 87b Abs. 2 SGB V die "Honorarverteilung" im Verhältnis zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Vertragsärzten. Welche vertragsärztlichen Leistungen besonders gefördert werden sollten oder wieweit bestimmte Leistungen medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich seien, könne in den jeweiligen Rechtsbeziehungen unterschiedlich beurteilt werden. Es sei deshalb nicht auszuschließen, dass die freien Leistungen im Sinne des § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V zumindest anteilig auch aus Mitteln - und damit gleichsam "innerhalb" - der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden müssten. Es sei ferner nicht zu beanstanden, für die Berechnung der Quotierung der freien Leistungen auf die Abrechnungsergebnisse der Vorjahresquartale zurückzugreifen und auf diese Weise Honorargruppen zu bilden im Sinne von "Honorartöpfen". Dies habe das Bundessozialgericht bereits als zulässig angesehen (vgl. BSG, Urteil vom 29.09.1993 - 6 RKa 65/91 -, in: Juris, Rn. 19 und 24; BSG, Urteil vom 07.02.1996 - 6 RKa 68/94 -, in: Juris, Rn. 17ff; BSG, Urteil vom 03.03.1999 - B 6 KA 51/97 R - , in: juris, Rn. 14 m.w.N). Schließlich lasse sich der Vergütungsanspruch des Klägers auch nicht aus dem in Art. 12 Abs. 1 GG und Art. 3 Abs. 1 GG verorteten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit herleiten. Der Vergütungsanspruch des Arztes sei nicht auf eine kostendeckende Vergütung jeder einzelnen Leistung, sondern auf einen angemessenen Anteil an der Gesamtvergütung gerichtet. Ein subjektives Recht auf höheres Honorar aus § 72 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit Art 12 Abs. 1 GG könne 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 Vertragsarzte gefährdet werde. Anzeichen hierfür bestünden nicht. Vielmehr werde durch die arztgruppen- und versorgungsbereichsübergreifend ermittelte Quotierung einzelner freier Leistungen die grundrechtliche Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht verletzt, sondern verwirklicht. Die Vorabvergütung besonders förderungswürdiger Leistungen durch einen Festbetrag sei grundsätzlich nicht zu beanstanden. Für Mengenentwicklungen in diesem Bereich müsse jedoch zur Wahrung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit ein Mechanismus etabliert werden, der eine unbegrenzte Mengenentwicklung im Bereich des Vorwegabzuges nicht zulasse. Das für die besonders förderungswürdigen Leistungen vorab in Abzug gebrachte Geld stehe nicht mehr für die Bildung der Regelleistungsvolumina zur Verfügung, so dass sich Mengenausweitungen im Bereich der vorweg vergüteten Leistungen zu Lasten der Regelleistungsvolumina für alle Fachgruppen auswirkten (vgl. SG Marburg, Urteil vom 06.10.2010 - 8 11 KA 340/09 -, in: Juris). Es könnten indes nicht alle Fachgruppen von ihrem Leistungsspektrum aus betrachtet gleichermaßen vorweg abziehbare Leistungen erbringen und abrechnen. Durch die quotierte Vergütung freier Leistungen werde eine unbegrenzte Mengenentwicklung im Bereich des Vorwegabzuges zu Lasten anderer Ärzte, insbesondere solcher Arztgruppen, die nur wenig oder gar nicht von der Erbringung freier Leistungen profitieren, verhindert. Insoweit gehe es bei der quotierten Vergütung freier Leistungen 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 Regelleistungsvolumina budgetierte Leistungsbereiche vergrößert werde. Die damit verbundene Stabilisierung der Regelleistungsvolumina diene also letztlich auch der Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung der Versicherten mit allen vertragsärztlichen Leistungen. Die quotierte Vergütung der vom Kläger erbrachten freien Leistungen liege mit Quoten in Höhe von 92,94 %, 90,15 % und 89,42 % jeweils über der garantierten Mindestquote von 80 % und sei deshalb nicht zu beanstanden. Gegen die Berechnung der Quoten habe der Kläger keine Einwendungen erhoben.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 28.06.2012 zugestellte Urteil hat der Kläger am 17.07.2012 Berufung eingelegt. Er lässt zur Vertiefung seines Vorbringens aus dem erstinstanzlichen Verfahren vortragen, entgegen der Auffassung des Sozialgerichts und der Beklagten lasse die Formulierung "auf der Grundlage der Euro-Gebührenordnung" in § 87b Abs. 1 SGB V es nicht zu, den EBM lediglich als Berechnungsgrundlage für eine von der Beklagten danach noch zu findende quotierte Vergütung heranzuziehen. Zwar werde in § 87b Abs. 1 SGB V im Unterschied zu § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V nicht ausdrücklich von einem Vergütungsanspruch zu den Preisen des EBM gesprochen. Die Vorschrift sei aber seit dem 01.01.2009 die Eingangsnorm zum grundlegend reformierten vertragsärztlichen Vergütungsrecht, nach der grundsätzlich Vertragsärzte nach der Euro-Gebührenordnung vergütet werden sollten. Schon die Verwendung des Begriffs "Euro-Gebührenordnung" in § 87b Abs. 1 SGB V verdeutliche, dass die in dieser Gebührenordnung genannten Preise für die Vergütung der Vertragsärzte maßgeblich sein sollten, und nicht ein im Ermessen der Beklagten liegender Prozentsatz dieser Preise. Insgesamt enthalte §

87b Abs. 2 SGB V eine abschließende Aufzählung der verschiedenen Leistungsarten für die Vergütung der Vertragsärzte: Den Kern bildeten die Sätzen 1-3 der Vorschrift, wonach - die Leistungen der Vertragsärzte durch Regelleistungsvolumina gesteuert werden, - die unter das RLV fallende Leistungsmengen mit den Preisen nach Absatz 1 Satz 1 vergütet werden und, - dass die das RLV überschreitende Leistungsmenge abgestaffelt vergütet werde. Bei diesen Leistungen nach Satz 7, die "besonders gefördert werden sollen", handele es sich um die hier streitigen sog. freien Leistungen. In den Sätzen 5 bis 7 finde sich kein Hinweis, dass diese Leistungen einer Leistungssteuerung oder sonstigen Kürzung unterzogen werden könnten. In den Vergütungsanspruch könne daher nur eingegriffen werden, soweit es sich um dem RLV unterfallende Leistungsarten handele, die das RLV überschritten. Für die freien Leistungen sei ein derartiger Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes nicht geregelt, so dass solche Eingriffe mangels Ermächtigungsgrundlage nicht zulässig seien. Es wäre auch deshalb gar nicht korrekt gewesen, in § 87b Abs. 1 SGB V von einem bestimmten Preis zu sprechen, weil die Beklagte berechtigt gewesen sei, gemäß § 87a Abs. 2 SGB V Zuschläge und Abschläge für die Vergütung bei Vorliegen von Unterversorgung oder Überversorgung einzuführen. Die nach § 87b Abs. 1 SGB V anzuwendende Euro-Gebührenordnung könne also wegen § 87a Abs. 2 SGB V verschiedene Preise für dieselbe Leistung enthalten. Die Formulierung in § 87b Abs. 1 SGB V könne daher nur bedeuten, dass für die Vergütung der Vertragsärzte grundsätzlich die jeweils für die Arztpraxis geltenden Preise der regional geltenden Eurogebührenordnung heranzuziehen seien, soweit nicht die folgenden Absätze der Vorschrift (z.B. Absatz 2 Satz 3) anderes zuließen. Dieses Ergebnis folge auch aus dem Verhältnis von § 87b SGB V zu § 87a SGB V. Während § 87b SGB V die Mittelverwendung - die Auszahlung der Vergütung an die Vertragsärzte - regele, bestimme § 87a SGB V die Mittelbeschaffung - die Herkunft der Mittel bei den Kassen. § 87a Abs. 3 Satz 5 letzter Halbsatz SGB V bestimme, dass Leistungen, die "besonders gefördert werden sollen", von den Kassen an die Beklagte "mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Abs. 2 vergütet würden. Die Formulierung entspreche dabei wörtlich der Definition der freien Leistungen in § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V. Die freien Leistungen würden also von den Kassen an die Beklagte so vergütet, wie sie im jeweiligen Quartal tatsächlich erbracht würden, anders, als die "normalen" Leistungen, die nach § 87a Abs. 3 Satz 1SGB V aus der Gesamtvergütung und abhängig von der Leistungsanforderung des Vorjahres vergütet würden. Träfe die Auffassung der Beklagten zu, würde sie die gesamten von den Vertragsärzten in einem Quartal angeforderten freien Leistungen zu den Preisen des EBM von den Kassen erhalten, müsse aus diesen Mitteln aber nur den jeweiligen Prozentsatz von teilweise nur 80% des regulären Preises an die Vertragsärzte auskehren. Die Beklagte würde also ein "Geschäft" mit der Vergütung für die freien Leistungen machen, da sie die ihr zufließenden Mittel nur teilweise in die Honorarabrechnungen der Vertragsärzte einstellen würde. Zu fragen sei daher, was mit dem Restbetrag passiere. Nach dem Willen des Gesetzgebers solle die besondere Förderung bestimmter Leistungen sicher nicht dadurch verwirklicht werden, dass sich die Beklagte aus den ihr von den Kassen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zur Verfügung gestellten Mitteln bediene. Die Bildung von Honorartöpfen für freie Leistungen widerspreche sowohl den Vorschriften zur Mittelbeschaffung in § 87a Abs. 3 SGB V als auch den Vorschriften zu Mittelverwendung in § 87b SGB V. § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V weise ausdrücklich darauf hin, dass die freien Leistungen außerhalb der nach Satz 1 der Vorschrift zu findenden Gesamtvergütung vergütet werden sollten, also auch unabhängig von dem in Satz 1 der Vorschrift genannten Vorjahresbezug. Sofern in § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V ein Ermessen zur Vergütung der freien Leistungen eröffnet werde, betreffe dies die Frage, welche Leistungen durch die entsprechende Vereinbarung als besonders förderungswürdig und als außerhalb der RLV zu vergütend definiert würden. Auch die parallele Regelung zur Mittelverwendung in § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V eröffne dieses Ermessen nur für die Frage, welche Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden "können". Überdies verbiete schon der Grundgedanke, dass diese Leistungen besonders gefordert werden sollten, eine Kürzung ihrer Vergütung. Sonst würden besonders förderungswürdige Leistungen schlechter vergütet als die unter das RLV fallenden Leistungen, jedenfalls solange das RLV nicht überschritten werde.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 25.04.2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, den Honorarbescheid vom 15.10.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10.08.2011 abzuändern und an den Kläger vertragsärztliches Honorar für das Quartal II/2010 in Höhe von weiteren 1.542,12 EUR zu zahlen,

hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Sie vertritt weiterhin die Auffassung, dass die freien Leistungen des Klägers zu Recht nur quotiert vergütet worden seien. Ihre Bevollmächtigten haben in der mündlichen Verhandlung des Senats zu Protokoll gegeben, die hier streitigen Leistungen würden als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bzw. innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Mit seiner Beschlussfassung zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 habe der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) eine für alle KV-Bezirke einheitliche Systematik zur Mengensteuerung durch arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina vorgegeben. Um den in der Umstellungsphase vom alten auf das völlig neue Vergütungssystem in großem Umfang erwarteten überproportionalen Honorarverlusten entgegenzuwirken und eine flächendeckende Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen sicherzustellen, habe der EBA in seinem Ergänzungsbeschluss vom 15.01.2009 die Möglichkeit einer Konvergenzvereinbarung durch die Vertragspartner auf Landesebene vorgesehen und mit Beschluss vom 20.04.2009 u.a. auch die Möglichkeit eröffnet, dass Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet würden, einer Steuerung unterzogen werden können, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Mit Beschluss vom 22.09.2009 habe der Bewertungsausschuss diese Regelung mit Wirkung ab 01.01.2010 fortgeführt.

Der (Erweiterte) Bewertungsausschuss habe damit den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene die Möglichkeit eröffnet, im Rahmen einer Konvergenzphase auch die freien Leistungen einer Mengensteuerung zu unterziehen. Dementsprechend seien auf Landesebene in § 2 Nr. 10 der Konvergenzvereinbarung 2010 bzw. in Anlage 4, Punkt 2.1 und 2.2 zu Teil B HVV für das Jahr 2010 für die betreffenden Leistungen bzw. Arztgruppen ohne RLV separate Honorartöpfe gebildet worden. Diese würden sich aus den Abrechnungsergebnissen der jeweiligen Quartale des Jahres 2008, verändert um die Anpassungsfaktoren und die Honorarverteilungsquote und multipliziert mit dem regionalen Punktwert für Baden-Württemberg in Höhe von 3,5001 Cent, errechnen. Jedes Honorarvolumen werde sodann durch die abgerechneten und anerkannten Honorarforderungen im jeweiligen Abrechnungsquartal dividiert; hieraus ergebe sich die jeweilige Quotierung. Mit Protokollnotiz zur

Quotierung der freien Leistungen (gültig vom 01.07.2009 bis 30.06.2010) sei ergänzend hierzu von den Partnern der Gesamtverträge vereinbart worden, dass Schwerpunktleistungen einer Fachgruppe (z.B. humangenetische Leistungen, nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM) oder sämtliche Leistungen einer Fachgruppe (z.B. der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen) mit einer Mindestquote von 80 v.H. vergütet werden sollten. Der weite Gestaltungsspielraum, der dem (Erweiterten) Bewertungsausschuss als Normgeber nach der Rechtsprechung des BSG zukomme und nur einer eingeschränkten gerichtliche Überprüfbarkeit unterliege, umfasse insbesondere bei der Neuregelung komplexer Materien einen besonders weiten Spielraum in Form von Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielräumen (BSGE 88, 126, 137), weil sich häufig bei Erlass der maßgeblichen Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen ließen. § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V gewähre nur einen gesetzlichen Anspruch darauf, dass die Leistungen, die der Mengensteuerung unterfielen, bis zum Erreichen dieser Grenze mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen vergütet würden, enthalte darüber hinaus aber kein Gebot, dass die besonders förderungswürdigen Leistungen nach Satz 7 stets zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden müssten. Absatz 1 der Vorschrift besage lediglich, dass vertragsärztliche Leistungen auf der Grundlage der Euro-Gebührenordnung zu vergüten seien. Lediglich für den Bereich der unter die Mengenbegrenzung fallenden Leistungen enthalte das Gesetz eine klare und abschließende Regelung der Vergütung. Nach Absatz 2 Satz 2 seien Leistungen innerhalb des RLV mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten; gemäß Absatz 2 Satz 3 sei die das RLV übersteigende Leistungsmenge nach Absatz 2 Satz 3 mit abgestaffelten Preisen zu vergüten. Absatz 2 Satz 3 enthalte aber keine abschließende Ausnahmeregelung dahingehend, dass weitere Abweichungen von der Vergütung zu den geltenden Preisen der Eurogebührenordnung ausgeschlossen wären. Das Gesetz treffe vielmehr gar keine Regelungen zur Vergütung der freien Leistungen, außer dass sie - als Ausgangsbasis - gemäß Absatz 1 auf Grundlage der Eurogebührenordnung zu vergüten seien. Dies sei vorliegend der Fall, da auch die freien Leistungen zweifelsohne auf deren Grundlage vergütet würden. Soweit das Gesetz besonders förderungswürdige Leistungen vom RLV ausnehme, bedeute dies also gerade nicht, dass damit andere Steuerungsmaßnahmen neben der Geltung von Regelleistungsvolumina ausgeschlossen seien. Dem könne die Berufung nicht erfolgreich entgegen halten, die Formulierung in der Einstiegsnorm des § 87b Abs. 1 SGB V "auf der Grundlage der Euro-Gebührenordnung" meine klar eine Vergütung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Dies hätte der Gesetzgeber nämlich genauso zum Ausdruck gebracht wie er es in Absatz 2 Sätze 2 und 3 getan habe, wo er ganz eindeutig von "in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a enthaltenen und für die Arztpraxis geltenden Preisen" und "abgestaffelten Preisen" spreche. Der vom Kläger aus § 87b Abs. 2 Satz 3 5GB V gezogene Umkehrschluss, dass aus der Formulierung der Vergütung der überschreitenden Leistungsmenge zu abgestaffelten Preisen folge, dass die nicht dem RLV unterliegenden Leistungen zu den normalen Preisen des EBM zu vergüten seien, sei nicht überzeugend. Denn Satz 3 sei nur im Zusammenhang und als Ausnahme vom vorhergehenden Satz 2 zu sehen. Ein weitergehender Regelungsinhalt sei Satz 3 nicht zu entnehmen.

Wenn der Kläger die Regelungen des § 87a Abs. 3 Satz 5 und § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V zueinander in Beziehung setze, ziehe er daraus Schlussfolgerungen, die bereits nicht schlüssig seien. Er verkenne dabei grundlegend die unterschiedlichen Rechtskreise dieser beiden Normen, obwohl er diese sogar darstelle. § 87a Abs. 3 SGB V regele die Honorarbeschaffung im Verhältnis zwischen den Kassen und der Beklagten, § 87b Abs. 2 SGB V dagegen die Honorarverteilung zwischen der Beklagten und den Vertragsärzten. Die Beurteilung aber, welche Leistungen besonders gefördert werden sollen, könne in beiden Rechtskreisen unterschiedlich erfolgen. Sie obliege im Fall des § 87a Abs. 3 SGB V allein den Gesamtvertragspartnern. Vereinbarten diese eine solche, dann sei sie außerhalb der MGV zu dem Preis der Euro-Gebührenordnung zu vergüten. Im Fall des § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V bestimme der Bewertungsausschuss gemäß Absatz 4 Satz 2 die Vorgaben zu dessen Umsetzung. Halte er eine Leistung für besonders förderungswürdig, erfolge die Vergütung innerhalb der MGV, aber im Vorwegabzug als sogenannte freie Leistung. Schon aufgrund der unterschiedlichen Rechtskreise und Regelungsbereiche mit verschiedenen Normgebern scheide eine Übertragbarkeit der Wertung des § 87a Abs. 3 SGB V aus. Dementsprechend erlange die Beklagte entgegen den Behauptungen des Klägers auch keine Mittel von den Kassen, die sie nur zu einem gewissem Prozentsatz an die Vertragsärzte auskehren würde, und behalte auch keinen Restbetrag ein.

Das Gesetz ermögliche neben der Mengenbegrenzung durch RLV auch weitere Maßnahmen der Mengenbegrenzung, hier durch die Quotierung des Vergütungsaufkommens, die durch die Mindestquote von 80 % auch eine Absicherung erfahren habe. Die Aufstellung der Quotierungsbeträge für das Quartal II/2010 zeige, dass diese Mindestquote ohnehin in der Regel deutlich überschritten werde. Die Quotierung der freien Leistungen sei auch aus Gründen der Funktionsfähigkeit des GKV-Systems und der Honorarverteilungsgerechtigkeit erforderlich. Ohne Quotierung der freien Leistungen würden die RLV-Fallwerte der einzelnen Arztgruppen drastisch sinken, und dadurch nicht nur die Funktionsfähigkeit des vertragsärztlichen Vergütungssystems sondern auch die vertragsärztliche Versorgung gefährdet. Die RLV umfassten nach der Intention des Gesetzgebers und der Rechtsprechung des BSG alle typischen und speziellen Leistungen einer Arztgruppe (z.B. Urteil des BSG vom 29.06.2011, Az. B 6 KA 20/10 R) und seien so zu bemessen, dass der einzelne Arzt in der Regel die medizinisch erforderlichen Leistungen im Rahmen seines RLV erbringen könne und diese somit zu den vollen Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet bekomme. Diese würden aber bei einer Ausweitung im Bereich der freien Leistungen nicht mehr für die Vergütung insbesondere solcher Arztgruppen ausreichen, die nur wenig oder gar nicht von der Erbringung freier Leistungen profitieren könnten. Dem wirke die Quotierung freier Leistungen entgegen. Sie verwirkliche auch erst den verfassungsrechtlichen Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Das für die besonders förderungswürdigen Leistungen erforderliche Vergütungsvolumen werde vorab in Abzug gebracht und stehe für die Bildung der Regelleistungsvolumina nicht mehr zur Verfügung. Die Folge sei, dass sich Mengenausweitungen im Bereich der freien Leistungen zu Lasten der RLV für alle Fachgruppen auswirkten. Wegen des unterschiedlichen Leistungsspektrums könnten aber nicht alle Fachgruppen in gleicher Weise von der Erbringung freier Leistungen profitieren. Deshalb erfordere der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit gerade einen Eingriff in die ungebremste Ausweitung der freien Leistungen zu Lasten der RLV einzelner, insbesondere an der Mengenentwicklung "unbeteiligter" Arztgruppen. Dies erfolge mit der Quotierung. Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit gewähre ohnehin kein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf Vergütung jeder einzelnen Leistung in einer bestimmten Höhe oder auf kostendeckende Vergütung jeder einzelnen Leistung. Er vermittele lediglich einen Anspruch auf angemessene Teilhabe an der Honorarverteilung, die hier sichergestellt sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist gem. §§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne Zulassung durch das Sozialgericht

statthaft. Mit der geltend gemachten ergänzenden Honorarforderung für das Quartal II/2010 in Höhe von 1.542,12 EUR ist der Beschwerdewert des § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG (750 EUR) überschritten. Die Berufung ist auch im Übrigen gem. § 151 SGG zulässig.

Die Berufung des Klägers ist aber nicht begründet.

Der Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal II/2010 ist insgesamt rechtmäßig. Die Berechnung des Honorars des Klägers für die sog. freien Leistungen ist zu Recht einer Quotierung unterzogen worden. Das auf die freien Leistungen entfallene Honorar ist in rechtmäßiger Weise lediglich in gekürzter Höhe unter Anwendung von Quoten, die aus dem Leistungsbedarf des Vorjahresquartals errechnet worden sind, gewährt worden. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Die Begrenzung der Vergütung beruht auf der Regelung unter Ziff. 2.2 10. Spiegelstrich der Anlage 4 zu Teil B der Honorarverteilungsvereinbarung (HVV) für das Jahr 2010 in der vom 01.01.2010 bis zum 30.06.2010 geltenden Fassung, welche die Beklagte mit den Krankenkassenverbänden und den Ersatzkassen auf der Grundlage der Beschlusses des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vom 22.09.2009 geschlossen hat. Nach dieser Regelung wird das versorgungsbereichsspezifische RLV-Vergütungsvolumen aus dem vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs ermittelt unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für im einzelnen benannte Leistungen, u.a. für die besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102), dringende Besuche (GOP 01411,01412, 01425) und Akupunktur des Abschnitts 30.7.3. Im Anschluss an den 10. Spiegelstrich ist in Ziff. 2.2 der Anlage 4 zum HVV 2010 folgende Regelung enthalten:

"Für diese Leistungsbereiche wird jeweils ein separates Honorarvolumen auf der Basis der Abrechungsergebnisse der jeweiligen Quartale des Jahres 2008 unter Berücksichtigung von Anpassungsfaktoren und der Honorarverteilungsquote, multipliziert mit dem Punktwert der baden-württembergischen Euro-Gebührenordnung gebildet. Dieses Honorarvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honorarforderungen im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die jeweilige Quotierung für diese Leistungen."

Die Beklagte hat auf der Grundlage dieses Berechnungsverfahrens für das Quartal II/2010 die Quoten für die Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht dem RLV unterfallen, - die sog. freien Leistungen - festgesetzt und zwar für die Akupunktur des Abschnitts 30.7.3 mit 89,42 %, die besondere Inanspruchnahme mit 90,15 % und die dringenden Besuche mit 92,94 %. Die Berechnung dieser Quoten ist zwischen den Beteiligten nicht streitig.

Der Senat hält die quotierte Vergütung der freien Leistungen - wie bereits das Sozialgericht - für vereinbar mit den Vorgaben des Gesetzgebers und aus Gründen der Honorarverteilungsgerechtigkeit auch für geboten. Die vom Kläger erhobenen Einwendungen greifen hingegen nicht durch.

Die quotierte Leistungsvergütung durch die Beklagte findet ihre Grundlage in dem für das streitgegenständliche Quartal II/2010 maßgeblichen Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vom 22.09.2009, der in der 199. Sitzung mit Wirkung zum 01.01.2010 gefasst wurde und in Teil F II. eine Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkungen der Umsetzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, insbesondere Teil F, Beschluss zur Berechnung und Anpassung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V vorsieht. In Ziff. 1 Satz 2 dieser Regelung ist folgende Ermächtigungsregelung enthalten:

" Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, können - soweit dies nicht bereits in Abschnitt I. dieses Beschlusses erfolgt - einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte und Arztgruppen (z.B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken."

Diese Regelung führt die im voran gegangenen Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.04.2009 - Teil B - Ergänzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 10. Änderung des Beschlusses Teil A vom 15.01.2009 - bereits für die Zeit vom 01.07.2009 bis zum 31.12.2009 erlassene entsprechende Ermächtigungsregelung fort. Die Beklagte hat diese Reglung in § 2 Ziffer 10 der mit den Krankenkassenverbänden für das Jahr 2010 geschlossenen Konvergenzvereinbarung aufgenommen und einen Verweis auf die nähere Regelung durch die Vertragspartner im Rahmen der HVV für das Jahr 2010 angefügt.

Ausgangpunkt für den Erlass dieser Ermächtigung zur Mengensteuerung der sog. freien Leistungen im Rahmen einer Konvergenzphase war die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (NVV) durch Einführung der ab dem 01.01.2009 geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung -SGB V- (in der ab dem 01.04.2007 geltenden Fassung des GKV-WSG vom 26.03.2007, BGBl I, S. 378) sowie die nach § 87b Abs. 2 SGB V vom Bewertungsausschuss festzulegenden arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina -RLV-, die der Gesetzgeber zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis vorgenommen hat. Nach § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V werden abweichend von § 85 die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 vergütet. Nach § 87b Abs. 2 SGB V sind zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen (Satz 1). Ein Regelleistungsvolumen nach Satz 1 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 SGB V enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist (Satz 2). Abweichend von Absatz 1 Satz 1 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 (Satz 3). Weitere vertragsärztliche Leistungen können außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist (Satz 7). Der Bewertungsausschuss hatte erstmalig bis zum 31.08.2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV und Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3 , 6 und 7 zu bestimmen (§ 87b Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V).

Der (Erweiterte) Bewertungsausschuss hat die Ermächtigung für Mengensteuerungsmaßnahmen für die freien Leistungen durch die Gesamtvertragspartner für die Vergütungsvereinbarungen, ausgehend von der gesetzlichen Regelung des § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V, zu

Recht erlassen. Entgegen der vom Kläger vertretenen Auffassung steht eine solche Mengensteuerung mit den gesetzlichen Regelungen zur vertragsärztlichen Honorarverteilung in Einklang und war aus Gründen der Honorarverteilungsgerechtigkeit sogar geboten.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hatte zunächst mit seinem Grundsatzbeschluss zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vom 27./28.08.2008 in Teil F geregelt, welche Leistungsarten als besonders gefördert oder medizinisch erforderlich nicht dem RLV unterfallen. Dies waren nach Anlage 2 Nr. 2 des Beschlusses unter anderem auch die drei hier streitgegenständlichen Leistungsarten (Besondere Inanspruchnahme, Dringende Besuche und Akupunktur). Sinn und Zweck dieser Vorabvergütung war - was das Sozialgericht bereits zutreffend dargelegt hat -, die Möglichkeit zu schaffen, einzelne besonders förderungswürdige Leistungen oder medizinisch notwendige Leistungen außerhalb der systembedingt begrenzten RLV zu vergüten, um zu verhindern, dass bei Überschreiten des RLV diese Leistungen lediglich mit abgestaffelten Preisen vergütet werden könnten. Hiervon hat der Kläger, der als Facharzt für Allgemeinmedizin an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, zunächst profitiert, da die von ihm erbrachten freien Leistungen nicht mit den RLV-Fallwerten zu vergüten waren. Insbesondere bei Leistungen wie den dringenden Besuchen und der besonderen Inanspruchnahme liegt die Notwendigkeit der Vorabvergütung auf der Hand, um die Versorgung der Versicherten in diesem Bereich nicht durch eine potentielle Abstaffelung der Vergütung zu gefährden (vgl. SG Marburg, Urteil vom 06.10.2010 - S 11 KA 340/09 - in Juris, RdNr. 154). Eine derartige Abstaffelung bei der Erbringung der streitgegenständlichen Leistungsarten hatte der Kläger daher nicht zu befürchten.

Allerdings bedingt diese vom Erweiterten Bewertungsausschuss vorgesehene Systematik der Berechnung der RLV unter Vorwegabzug des auf die besonders förderungswürdigen Leistungen entfallenden Vergütungsaufkommens, dass sich Mengenausweitungen im Bereich der vorweg vergüteten Leistungen zu Lasten der RLV für alle Arztgruppen auswirken. Da jedoch nicht alle Arztgruppen in gleicher Weise ein Leistungsspektrum, das auch die freien Leistungen umfasst, anbieten können (z.B. HNO-Ärzte), bestehen nicht für alle Ärzte, die über die sich verringernden RLV-Fallwerte die Kosten der Mengenausweitung im Bereich freier Leistungen zu tragen haben, auch die gleichen Möglichkeiten, sich einen Ausgleich durch Ausweitung eines Angebots an Leistungen des Vorwegabzugs zu verschaffen. Insoweit würden die Ärzte derjenigen Fachgruppen mit einem hohen Anteil an vorweg abziehbaren Leistungen, zu denen auch der Kläger zählt, unmittelbar zu Lasten anderer Fachgruppen eine höhere Vergütung erhalten. Darin liegt zum einen ein Verstoß gegen den aus Art. 12 Abs. 1 GG und Art. 3 Abs. 1 GG abgeleiteten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Zum anderen kann der vom Gesetzgeber in § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V vorgegebene Zweck der Begrenzung einer übermäßigen Leistungsausweitung damit nur partiell, und zwar innerhalb der dem RLV unterfallenden Leistungsarten erreicht werden (vgl. hierzu SG Marburg, Urteil vom 06.10.2010, a.a.O. RdNr. 145 f.).

Um den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu wahren, hat der Erweiterte Bewertungsausschuss deshalb mit Beschluss vom 20.04.2009, fortgeführt mit Beschluss vom 22.09.2009 die Möglichkeit eröffnet, auch die freien Leistungen einer Steuerung zu unterziehen. Diese hat die Beklagte in der mit den Krankenkassen geschlossenen HVV in Anlage 4 zu Teil B in Form einer Mengenbegrenzung unter Bezugnahme auf das Volumen der einzelnen Leistungsarten im Vorjahresquartal vorgenommen. Mit dieser Mengenbegrenzung ist sichergestellt, dass Leistungsausweitungen im Bereich der freien Leistungen sich allein auf die Ärzte auswirken, die Leistungen dieser Leistungsarten erbringen. Diejenigen Ärzte, zu deren Leistungsspektrum keine freien Leistungen gehören, werden von Mengenausweitungen in diesen Leistungsbereichen hingegen nicht mehr belastet. Damit hat der Bewertungsausschuss in Ausübung der ihm obliegenden Beobachtungs- und Nachbesserungspflichten (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 09.09.1998 - B KA 55/97 R - in Juris) eine Korrektur des Vergütungssystems vorgenommen, ohne die der Vorwegabzug des Vergütungsaufkommens für freie Leistungen wegen Verstoßes gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit rechtswidrig gewesen wäre.

Der Senat hält die Mengenbegrenzung der freien Leistungen auch für vereinbar mit den gesetzlichen Regelungen des § 87b SGB V. Anders als der Kläger meint, ist dieser Regelung weder ein Anspruch auf Vergütung der freien Leistungen zu den ungekürzten Preisen der Euro-Gebührenordnung zu entnehmen, noch hat der Gesetzgeber damit ein Verbot einer Steuerung der außerhalb des RLV zu vergütenden Leistungen erlassen. Der Gesetzgeber hat mit § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V lediglich die Möglichkeit eröffnet, weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb des RLV zu vergüten, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Zur Höhe der Vergütung dieser Leistungen verhält sich die Regelung nicht. Lediglich für Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens ist eine Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung vorgeschrieben (§ 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V). Soweit nach § 87b Abs. 1 Satz 7 SGB V Leistungen vom Regelleistungsvolumen ausgenommen werden können, bedeutet dies nicht zugleich, dass das Gesetz Steuerungsmaßnahmen neben der Geltung von Regelleistungsvolumina ausgeschlossen hätte (vgl. SG Marburg , Urteil vom 18.04.2012 - S 12 KA 780/10, S 12 KA 781/10, S 12 KA 158/11 - in Juris, RdNr. 71).

Der Senat vermag auch nicht der Argumentation des Klägers zu folgen, der einen Anspruch auf Vergütung dieser Leistungen zu den ungekürzten Preisen der Euro-Gebührenordnung aus der Eingangsnorm des § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V herleitet. Darin ist eine Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen gerade nur "auf der Grundlage" der regional geltenden Euro-Gebührenordnung vorgegeben. Daran orientiert sich die hier streitgegenständliche Steuerungsmaßnahme aber gerade, indem sie mit der Quotierung der maßgeblichen Gebührensätze unmittelbar an die Euro-Gebührenordnung anknüpft. Wenn der Kläger aus den Regelungen des § 87b Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V zum Vergütungsanspruch der dem RLV unterfallenden Leistungsarten und den Regelungen der Sätze 5 bis 7 entnehmen will, dass ein Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes nur über die Zuordnung zum RLV und die Abstaffelung der über dem RLV erbrachten Leistungen erfolgen kann, so verkennt er bei dieser Argumentation, dass ein fest bemessener Vergütungsanspruch zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung weder aus § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V zu entnehmen ist, noch ein solcher dem Vertragsarzt überhaupt zusteht. Der Vertragsarzt hat vielmehr nach § 72 Abs. 2 SGB V nur einen Anspruch auf angemessene Vergütung, der sich nach dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit auf eine angemessene Teilhabe an der Honorarverteilung richtet (vgl. BSG, Urteil vom 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R -, in Juris). Die Quotierungsregelung stellt somit keinen Eingriff in eine bestehende Rechtsposition des Klägers dar, sondern eine Regelung der Honorarverteilung, die dem (Erweiterten) Bewertungsausschuss nach § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V für die streitgegenständlichen freien Leistungen nach § 87b Abs. 2 Satz 7 oblag. Einer ausdrücklichen gesetzlichen geregelten Ermächtigungsgrundlage, die der Kläger für notwendig erachtet und im Gesetz vermisst, bedurfte es daher für die Quotierungsregelung nicht.

Mit der Quotierungsregelung des HVV ist auch weiterhin der besonderen Förderungswürdigkeit der freien Leistungen Rechnung getragen. Der Gesetzgeber hat für besonders förderungswürdige Leistungen und medizinisch erforderliche Leistungen die Notwendigkeit gesehen, diese außerhalb der RLV zu vergüten, um damit der Gefahr einer potentiellen Abstaffelung der Vergütung für derartige Leistungen zu begegnen. Dies ist etwa für Leistungsarten wie die besondere Inanspruchnahme oder die dringenden Besuche auch im Interesse einer

gesicherten vertragsärztlichen Versorgung gerechtfertigt. Auch Leistungen, die einer besonderen Qualifikation bedürfen oder nur von einer geringen Anzahl der Ärzte einer Fachgruppe erbracht werden, können nach dem Willen des Gesetzgebers von RLV ausgenommen werden, da dies ansonsten einen Fallwertanstieg für alle Ärzte der Gruppe zur Folge hätte, womit der Differenziertheit dieser Leistungserbringung nicht Genüge getan wäre (vgl. hierzu auch SG Marburg, Urteil vom 06.10.2010, a.a.O. RdNr. 154). In das RLV fallen vielmehr alle Leistungen einer Arztgruppe, die zum typischen Leistungsspektrum dieser Arztgruppe gehören. Bereits mit der Herausnahme aus dem RLV ist der Besonderheit der Leistungsart Rechnung getragen. Dies verkennt der Kläger, wenn er beanstandet, dass mit der Quotierung eine gekürzte Vergütung für sämtliche freien Leistungen erfolge, obwohl diese bei Unterschreitung des RLV zu den vollen Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten wären. Würden die hier maßgeblichen Leistungsarten dem RLV zugeordnet, läge das Risiko für die Höhe der Vergütung beim Vertragsarzt, der, je nachdem, ob er seine Leistungen innerhalb des RLV erbringt oder dieses überschreitet, eine gegebenenfalls erheblich niedrigere Vergütung dieser Leistungen über die Abstaffelung hinzunehmen hätte. Zudem würde die Zuordnung zum RLV zu einem Anstieg des Fallwertes führen, und damit das RLV schneller ausgeschöpft werden. Gerade im streitgegenständlichen Quartal hat der Kläger sein RLV bereits überschritten mit der Folge, dass er für den über dem RLV liegenden Anteil der Leistungsanforderung in Höhe von 3.905,05 EUR nur den abgestaffelten Betrag von 1.528,43 EUR erhalten hat. Wären auch die freien Leistungen dem RLV unterfallen, hätte er diese ebenfalls nur abgestaffelt auf etwa 50 % der Leistungsanforderung vergütet bekommen und damit erheblich niedriger als über die von der Beklagten vorgenommen Quotierung.

Die Erforderlichkeit der Vorwegvergütung wegen der besonderen Bedeutung der freien Leistungen für die Versorgung der Versicherten einerseits und der hinreichenden Differenzierung für das außerhalb des RLV-typischen Leistungsspektrum andererseits wird auch mit der festgesetzten Mindestquote von 80 % von der Beklagten angemessen berücksichtigt. Sie hat damit entgegen der vom Kläger vertretenen Auffassung der besonderen Förderungswürdigkeit der freien Leistungen Rechnung getragen.

Letztlich kann sich der Kläger auch nicht darauf berufen, dass eine Zusammenschau der Regelung des § 87a SGB V im Verhältnis zu § 87 b SGB V einen Anspruch auf eine nicht quotierte Vergütung der freien Leistungen begründet. Der Kläger hat selbst ausgeführt, dass beide Regelungen unterschiedliche Rechtskreise betreffen. Während § 87a SGB V die Mittelbeschaffung der KVen bei den Kassen betrifft, regelt § 87b SGB V die Mittelverwendung - die Auszahlung der Vergütung durch die KVen an die Vertragsärzte. Wenn der Kläger darauf verweist, dass in beiden Vorschriften die wortgleiche Formulierung von Leistungen, die "besonders gefördert werden sollen" verwendet werde (§ 87a Abs. 3 Satz 5 2. Halbsatz SGB V bzw. § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V), so lässt sich daraus nicht folgern, dass auch § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V eine Vergütung "mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung" vorgibt. Der Kläger zieht mit seiner Argumentation Schlussfolgerungen, die auf Grund der unterschiedlichen Rechtskreise, für die die beiden Regelungen erlassen sind, nicht zielführend sind. Für die in § 87a SGB V geregelten Vergütungsvereinbarungen zwischen den KVen und den Krankenkassen über die Mittelbeschaffung hat der Gesetzgeber in Absatz 3 Satz 1 die Vereinbarung einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten bestimmt. Satz 5 dieser Vorschrift gestattet es den Vertragspartnern, hiervon abweichend eine Vergütungsregelung "außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung" für die besonders förderungswürdigen oder medizinisch notwendigen Leistungen eine Vergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu treffen. Der Gesetzgeber räumt den Vertragspartnern damit die Möglichkeit ein, die Finanzierung so zu strukturieren, dass neben der von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu leistenden MGV weitere Mittel für die Vergütung zusätzlicher besonders förderungswürdiger Leistungen zur Verfügung gestellt werden können.

§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V sieht hingegen eine Vergütungsregelung der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber dem Vertragsarzt "außerhalb der Regelleistungsvolumina" vor, die als solche morbiditätsgewichtet sind (§ 87b Abs. 3 Satz 1 SGB V). Der Gesetzgeber hat in § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V insoweit kein gesondertes Budget für die Finanzierung der freien Leistungen vorgesehen, weshalb es eben zu der ausgleichsbedürftigen Wechselbeziehung der Vergütungsanteile für freie Leistungen und für die RLV-Vergütungen kommt. Aus der Formulierung in § 87a Abs. 3 Satz 5 2. Halbsatz SGB V lässt sich damit keine Auslegung des § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V herleiten, die dem Kläger einen Anspruch auf Vergütung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung gewährt. Der Gesetzgeber hat in § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V vielmehr gerade keine Regelung zur Höhe des Vergütungsanspruchs der Ärzte getroffen und es dem (Erweiterten) Bewertungsausschuss und den KVen sowie den Krankenkassenverbänden vorbehalten, im Rahmen der Honorarverteilung entsprechende Verteilungsregelungen zu treffen. Da ein gesondertes Budget für die Vergütung der freien Leistungen im Verhältnis der Kassenärzte gegenüber den KVen nicht gebildet wird, kann es auch keinen Restbetrag aus der Differenz zwischen der Vergütung der Kassen gegenüber den KVen nach den Sätzen der Euro-Gebührenordnung und den an die Vertragsärzte weitergegebenen quotierten Vergütungen dieser Leistungen geben. Vielmehr geht eine zwischen den Kassen und den KVen vereinbarte gesonderte Vergütung nach § 87a Abs. 3 Satz 5 2. Halbsatz SGB V in das für die Vergütung der Vertragsärzte zu Verfügung stehende Finanzierungsaufkommen mit ein, und ist dementsprechend nach § 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 SGB V bei der Bestimmung des RLV zu berücksichtigen.

Entsprechend dieser Rechtslage sind die Mittel für die freien Leistungen von den Krankenkassen der Beklagten als Teil bzw. innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet worden. Eine Vergütung gemäß § 85 Abs. 3 Satz 5 SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hat nicht stattgefunden.

Ein Anspruch des Klägers auf höhere Vergütung für seine im Quartal II/2009 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen ist damit nicht begründet. Er muss sich auf seinen Anspruch auf einen leistungsgerechten Anteil an der vertragsärztlichen Vergütung verweisen lassen, der sich im Übrigen erst dann zu einem Anspruch auf bestimmte Vergütung oder eine Mindestvergütung verdichten würde, wenn durch eine zu niedrige Vergütung die berufliche Existenz der am Versorgungssystem teilnehmenden Ärzte gefährdet wäre (BSG, Urteil vom 09.12.2004 a.a.O.). Dies nimmt der Kläger für sich nicht in Anspruch und eine solche Annahme erscheint auch in Anbetracht der Höhe der dem Kläger für das Quartal II/2010 gewährten Gesamtvergütung im Verhältnis zu der sich durch die Quotierung ergebenden Honorarbegrenzung als fernliegend.

Die Berufung des Klägers bleibt deshalb ohne Erfolg.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 VwGO.

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG). Obwohl es sich vorliegend um ausgelaufenes Recht handelt, war die Revision zuzulassen, da allein bei der Beklagten noch mehrere Hundert Verfahren mit der hier streitigen Problematik anhängig sind.

Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 52 Abs. 3 GKG.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2012-11-09