

L 11 KA 61/16

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)

Aktenzeichen
S 16 KA 64/11

Datum
16.04.2014

2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen

L 11 KA 61/16
Datum

08.02.2017

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 16.04.2014 abgeändert und die Klage abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens aus beiden Rechtszügen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin ist Fachärztin für Innere Medizin und nimmt seit dem 01.01.2002 in X als Hausärztin an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Mit Beschluss vom 28.06.2006 war ihr (auch) für den streitgegenständlichen Zeitraum die Durchführung der Farb-Doppler-Echokardiographie nach Gebührenordnungsposition (GOP) 33022 Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) mit der Begründung gewährt worden, dass ansonsten eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet sei ([§ 73 Abs. 1a Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)).

Mit Bescheiden vom 28.11.2008 (Quartal I/2009), 27.02.2009 (II/2009), 28.05.2009 (III/2009) und 29.08.2009 (IV/2009) wies ihr die Beklagte ein praxisbezogenes Regelleistungsvolumen (RLV) für das jeweilige Quartal zu. Dabei errechnete sich das RLV als Produkt der RLV-relevanten Fallzahl der Klägerin aus dem Vorjahresquartal, dem RLV-Fallwert für die Arztgruppe der Hausärzte und dem nach den Daten des Vorjahresquartals bemessenen Morbiditätsfaktor der Praxis.

Mit Schreiben vom 11.05.2009 bat die Klägerin um Berücksichtigung der Echokardiographiegenehmigung in der Abrechnung für die Quartale I/2009 ff. Unter dem 04.06.2009 teilte ihr die Beklagte mit, dass ab dem Kalenderjahr 2009 die Echokardiographiegenehmigung nur im Rahmen einer Prüfung auf Praxisbesonderheiten gemäß Punkt 4.4.2 der Vereinbarung über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen auf der Grundlage der regionalen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit Regelleistungsvolumina (RLV-Vertrag) berücksichtigt werden könne. Ihr Schreiben vom 11.05.2009 werde als Antrag gewertet und eine Prüfung durch die zuständige Abteilung veranlasst.

Am 15.12.2009 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Nach Ziffer 4.4.2 des RLV-Vertrages könne ein Zuschlag auf den RLV-Fallwert der Arztgruppe für Praxisbesonderheiten gewährt werden. Voraussetzung sei einerseits das Vorliegen eines besonderen Versorgungsauftrages oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Andererseits sei eine Überschreitung des zuständigen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % erforderlich, die aus den Praxisbesonderheiten resultiere. Für diese Prüfung werde der durchschnittliche Fallwert der Arztgruppe im Bereich des RLV dem individuellen Fallwert des Arztes gegenübergestellt. Die für diese Berechnung notwendigen Fallwerte würden auf der Basis des angeforderten Leistungsbedarfes aller RLV-relevanten Leistungen der Quartale I/2008 bis IV/2008 mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung dividiert durch die RLV-relevanten Fallzahlen ermittelt. Die erforderliche statistische Überschreitung und damit die Grundvoraussetzung zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten seien für die Quartale I/2009 bis IV/2009 nicht erfüllt. Die Klägerin habe den Fallwert der Fachgruppe im Bereich des RLV nicht in dem erforderlichen Umfang von 30 %, sondern im Quartal I/2009 nur um 1,3 % überschritten und in den anderen drei Quartalen um 1,43 %, 3,69 % bzw. 0,44 % unterschritten.

Am 22.12.2009 legte die Klägerin Widerspruch ein. Sie habe keinen Antrag auf Anerkennung eines Zuschlages auf das RLV gestellt, sondern lediglich um die Nachvergütung der Echokardiographie mit der GOP 33022 EBM als qualitätsbezogene sonographische Leistung gebeten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 01.03.2011 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. In ihren Entscheidungsgründen erläuterte sie zunächst, dass der Gesetzgeber zum 01.01.2009 grundlegend neue Vergütungsstrukturen eingeführt habe. Anders als bisher stehe die Honorarverteilungskompetenz nicht mehr den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen mit den örtlichen Verbänden der Krankenkassen zu, sondern werde vom Bewertungsausschuss bundeseinheitlich vorgegeben. Zur Umsetzung des Beschlusses habe sie mit

den Verbänden der Krankenkassen den RLV-Vertrag geschlossen. Neben der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen nach einer regionalen Euro-Gebührenordnung sei ein wesentlicher Bestandteil der Honorarreform die Zuweisung praxisbezogener RLV vor Beginn des Quartals. Durch das RLV werde ein Teil der vertragsärztlichen Leistungen mengenbegrenzt mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, überschreitende Leistungsmengen mit abgestaffelten Preisen vergütet. Zusätzlich gebe es weiterhin Leistungen, die keiner Mengengrenzung unterlägen. Das individuelle dem Arzt vorab zuzuweisende RLV sei grundsätzlich so ausgelegt, dass das von einer weit überwiegenderen Mehrzahl der Ärzte der jeweiligen Fachgruppe erbrachte Leistungsspektrum ausreichend abgebildet werde. Daher könne eine Erhöhung des RLV aufgrund von Praxisbesonderheiten lediglich in Ausnahmefällen nach den Voraussetzungen der Ziffer 4.4.2 des RLV-Vertrages erfolgen. Diese Voraussetzungen seien nicht erfüllt. Der individuelle Fallwert überschreite den durchschnittlichen Fallwert nicht im von der Bundesebene grundsätzlich als erforderlich vorgegebenen Umfang von mindestens 30 %. Ferner könne dahinstehen, ob aufgrund der vorliegenden Genehmigung zur Abrechnung der Echokardiographie aus Sicherheitsgründen ein besonderer Versorgungsbedarf vorliege, der eine Praxisbesonderheit rechtfertigen würde, da sich aus der Erbringung der Leistung im Vergleich zur Fachgruppe keine überdurchschnittliche Leistungsanforderung ergebe. Das folge ebenfalls aus der fehlenden Überschreitung. Es werde darauf hingewiesen, dass auch ohne Fallwertzuschlag für Praxisbesonderheiten unter RLV-Bedingungen ein angemessenes Honorar im Vergleich zu den jeweiligen Vorjahresquartalen habe erzielt werden können. Das Gesamthonorar in den Quartalen I/2009 bis III/2009 habe sich im Vergleich zu den jeweiligen Vorjahresquartalen gesteigert, lediglich im Quartal IV/2009 sei es geringfügig abgefallen. Hier seien im Vergleich zum Vorjahresquartal aber auch weniger Fälle behandelt worden. Die Fallwerte der Praxis seien dagegen in allen Quartalen des Jahres 2009 im Vergleich zu den jeweiligen Vorjahresquartalen angestiegen, der durchschnittliche Fallwert habe sich von 63,23 EUR auf 66,78 EUR erhöht.

Gegen diesen Bescheid hat die Klägerin am 30.02.2011 Klage erhoben. Als hausärztliche Internistin dürfe sie seit 2006 die fachärztliche Leistung Echokardiographie (GOP 33022 EBM) abrechnen. Bis Ende 2008 sei ihr diese Leistung vergütet worden, indem ihr hausärztliches Budget um diese Untersuchung erweitert worden sei. Seit Anfang 2009 sei die Vergütung dieser Leistung eingestellt worden. Sofern die Beklagte vortrage, dass bei ihr eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwerts von 30 % nicht vorliege, könne sie dies nicht nachvollziehen. Die Beklagte wolle ihr beweisen, dass ihr Fallwert sogar unter dem durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe liege. Dies entspreche aber nicht den Tatsachen. Der RLV-Fallwert der Arztgruppe habe 2009 bei 32,00 EUR gelegen. Stelle man bei ihr die "erarbeiteten Beträge" der "bezogenen Vergütung" gegenüber, habe sie in jedem Quartal I/2009 bis IV/2009 fast 30 % oder über 30 % mehr erarbeitet, als sie vergütet bekommen habe. Wenn sie ihren persönlichen Fallwert aus dem im Jahr 2009 Erarbeiteten ausrechne, liege er bei 41,00 EUR bis 43,00 EUR, was einer Überschreitung von 28 % bis 34 % in Bezug auf 32,00 EUR (RLV-Fallwert der Arztgruppe) entspreche. Nach ihren Recherchen sei die 30 % Überschreitung des RLV-Fallwertes der Arztgruppe nur für solche Praxisbesonderheiten erforderlich, bei denen beispielsweise wie bei den Hausbesuchen von Hausärzten die Leistungen im Leistungskatalog der Arztgruppe enthalten seien. Bei ihr handele es sich jedoch um Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der Hausärzte gehörten, sondern um fachinternistische Leistungen, die sie als Hausärztin erbringe.

Die Klägerin hat beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 15.12.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.03.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts ihre Regelleistungsvolumina für die Quartale I/2009 bis IV/2009 durch Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Bereich der GOP 33022 zu erhöhen und dementsprechend Honorar für diese Quartale nachzuzahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid Bezug genommen und ergänzend ausgeführt: Die Echokardiographien seien mit der GOP 33022 EBM vergütet worden. Das ergebe sich aus der Honorarunterlage "Regelleistungsvolumen (Häufigkeitsstatistik)". Somit könne die Klägerin ausschließlich über die Anerkennung eines Zuschlages auf das RLV in Form von Praxisbesonderheiten versuchen, eine höhere Vergütung der GOP 33022 EBM zu erreichen. Die GOP 33022 EBM sei zu Recht im RLV vergütet und die Anerkennung einer Praxisbesonderheit für diese Leistung abgelehnt worden. Die Zuordnung der GOP 33022 EBM beruhe auf den verbindlichen Vorgaben des Bewertungsausschusses. Die Festlegung des Verfahrens zur Berechnung und Anpassung des RLV habe der Gesetzgeber gemäß [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) dem Bewertungsausschuss übertragen. Von dieser Regelungskompetenz habe der Erweiterte Bewertungsausschuss in seinem grundlegenden Beschluss vom 27./28.08.2000 sowie den folgenden Änderungsbeschlüssen Gebrauch gemacht und die Anpassung und Berechnung von arzt- und praxisbezogenen RLV festgelegt. In seinem Beschluss vom 27./28.08.2008 habe er abschließend geregelt, welche Leistungen dem RLV zuzuordnen seien. Nach Teil F Ziffer 2.2 des Beschlusses unterlägen die in Teil B Nr. 1.3 und Anlage 2 Nr. 2 zu Teil F genannten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V oder [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) ergäben, nicht dem RLV. In der Anlage 2 Nr. 2a zu Teil F seien dabei die Leistungen festgelegt, die im hausärztlichen Versorgungsbereich außerhalb des RLV vergütet würden. Die GOP 33022 EBM sei dort nicht aufgeführt und folglich im RLV zu vergüten. Da die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) für die Vertragspartner auf Landesebene verbindlich seien, hätten die Vertragspartner in Westfalen-Lippe diese Vorgabe in ihrem RLV-Vertrag ab dem 01.01.2009 in Anlage 3, Ziffer 2.1 übernommen. Die Leistung nach GOP 33022 EBM könne auch nicht als qualitätsgebundene Leistung in einem zusätzlichen Honorarvolumen zum RLV vergütet werden. Die Zuordnung von Leistungen zu einem solchen zusätzlichen Honorarvolumen habe der erweiterte Bewertungsausschuss in dem zitierten Beschluss in Anlage 1 zu Teil F, Ziffer 5 abschließend geregelt. Zwar könnten die Vertragspartner danach hausärztlich tätigen Ärzten ein zusätzliches Honorarvolumen für den Leistungsbereich "Sonographie" gewähren, allerdings umfasse dieses Zusatzvolumen nicht die GOP 33022 EBM. Unabhängig davon sei der Klägerin ein solches zusätzliche Honorarvolumen ausweislich der Honorarunterlage "Zusätzliche Honorarvolumina für qualitätsgebundene Leistungen", Punkt 1.1, auch zugestanden worden. Letztlich habe die Klägerin auch keinen Anspruch auf Anerkennung einer Praxisbesonderheit für die GOP 33022 EBM, weil sie die ebenfalls vom erweiterten Bewertungsausschuss (Teil F, Ziffer 3.6) und von den Vertragspartnern in Punkt 4.4.2 RLV-Vertrag umgesetzten Voraussetzungen nicht erfülle. Bereits im Widerspruchsbescheid sei ausführlich dargelegt worden, dass die Klägerin schon das quantitative Kriterium von 30 % Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes ihrer Arztgruppe nicht erfülle. Schließlich betrage der Anteil der GOP 33022 EBM im Verhältnis zur Gesamtforderung im RLV in den streitigen Quartalen nur sieben bis acht Prozent und liege damit jenseits der von der Rechtsprechung geforderten 20 %. Auch nach der Rechtsprechung des BSG sei Voraussetzung für die Annahme

eines "besonderen Versorgungsbedarfs", dass eine im Leistungsangebot zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung vorliegen müsse, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl habe. In seinem Urteil vom 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - werte das BSG eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit in einem Spezialgebiet als Indiz für die Atypik im Vergleich zur Fachgruppe. Diese läge u.a. vor, wenn der Anteil der Spezialleistungen mindestens 20 % in vier aufeinander folgenden Quartalen betrage.

Mit Urteil vom 16.04.2014 hat das Sozialgericht (SG) Dortmund den Bescheid vom 15.12.2009 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 01.03.2011 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts die RLV der Klägerin für die Quartale I/2009 bis IV/2009 durch Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Bereich der GOP 33022 EBM zu erhöhen und dementsprechend Honorar für diese Quartale nachzuzahlen. Der klägerische Anspruch ergebe sich aus Nr. 4.4.2 RLV-Vertrag und dem Vorstandsbeschluss der Beklagten vom 18.03.2009. Diese Regelungen entsprächen den Vorgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschusses und erwiesen sich damit als rechtmäßig. Die Beklagte habe eine Anerkennung allein wegen einer zu geringen (bzw. fehlenden) Fallwertüberschreitung abgelehnt, ohne der Möglichkeit nachzugehen, ob nicht im Einzelfall eine Praxisbesonderheit aus Sicherstellungsgründen zu bejahen gewesen wäre, für deren Anerkennung gemäß Nr. 5 Abs. 2 des Vorstandsbeschlusses die sonst vorgegebene Überschreitungsgrenze nicht gälte. Eine solche Einzelfallprüfung hätte hier jedoch vorgenommen werden müssen. Aufgrund der gesetzlichen Konzeption sei eine Vergütung von Leistungen außerhalb der RLV nur ausnahmsweise zulässig, u.a. wenn dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich sei. Sowohl für den hausärztlichen als auch für den fachärztlichen Versorgungsbedarf sehe Nr. 5 RLV-Vertrag bestimmte in der Anlage 2 definierte Leistungsbereiche vor, für die der Arzt ein weiteres Honorarvolumen erhalte. Diese Regelung umfasse die Leistungen nach GOP 33022 EBM jedoch nicht. Genannt würden ausschließlich diejenigen sonographischen Leistungen, deren GOP bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel 3.1 zu Kapitel "Hausärztlicher Versorgungsbereich" genannten Vertragsärzten gemäß Ziffer 5 der Präambel zum Hausärztlichen Versorgungsbereich des EBM Stand 01.01.2009 abgerechnet werden könnten. Zudem führe der RLV-Vertrag in Anlage 1 Nr. 2 im fachärztlichen Versorgungsbereich ab II/2009 bei der Differenzierung der Arztgruppen nach Qualifikationsmerkmalen bei der Gruppe "Übrige fachärztlich tätige Internisten" auch das Qualifikationsmerkmal "Sonographie" auf, und zwar mit der GOP 33022 EBM. Die Besonderheit des vorliegenden Falles liege nun darin, dass die Klägerin aus Sicherstellungsgründen eine dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete Leistung erbringen dürfe, als hausärztlich tätige Internistin dafür aber nicht von der für die "übrigen" fachärztlichen Internisten insoweit vorgesehene Differenzierung dieser Arztgruppe profitieren könne. Dies sei unschlüssig, weil der Zuschlag, den Hausärzte erhielten, ausnahmslos alle sonographischen Leistungen erfasse, die sie nach den Zuordnungen des EBM abrechnen dürften, und das RLV der Klägerin mit Leistungsanforderungen nach GOP 33022 EBM aufgefüllt werde, die für ihre Arztgruppe untypisch seien. Mit dieser Besonderheit des Einzelfalles hätte sich die Beklagte zumindest auseinandersetzen müssen, um danach zu entscheiden, ob und ggf. wie sie ihr Rechnung tragen wolle. Da es hieran in dem angefochtenen Beschluss fehle, sei dieser mit der Folge einer Neubescheidung aufzuheben. Darüber hinaus erachte es die Kammer auch für fehlerhaft und den Vorstandsbeschluss insoweit für rechtswidrig und nichtig, als danach bei der Prüfung der Überschreitung auf das Jahr 2008 abzustellen sei. Diese Vorgehensweise werde dem Sinn der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten nicht gerecht. Die Ausnahmeregelungen beruhten auf der Erkenntnis, dass im Einzelfall die tatsächliche Entwicklung im aktuellen Abrechnungsquartal von der getroffenen Prognose in einem Ausmaß abweichen könne, bei dem es unzumutbar erschiene, an dem vorher zugewiesenen RLV festzuhalten. Dementsprechend müssten diese Ausnahmeregelungen immer einen Bezug zum aktuellen Abrechnungsquartal aufweisen.

Gegen das ihr am 26.05.2014 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 13.06.2014 Berufung eingelegt. Ihr Beschluss vom 15.01.2009 in Gestalt des Widerspruchbescheides vom 01.03.2011 sei nicht ermessensfehlerhaft. Sie habe in dem streitgegenständlichen Widerspruchsbescheid zunächst dargelegt, dass die Klägerin in keinsten Weise einen Mehrbedarf durch die Erbringung und Abrechnung der Echokardiographie nach GOP 33022 EBM im Vergleich zu ihrer Arztgruppe der Hausärzte habe. Dies habe sie durch den Vergleich der Fallwerte der Klägerin mit den Fallwerten ihrer Arztgruppe belegt. Die Klägerin unterschreite den Fallwert ihrer Arztgruppe in drei Quartalen. Ein Mehrbedarf sei aber nach der Rechtsprechung des BSG zum "besonderen Versorgungsbedarf" wie sie in den Urteilen vom 06.09.2000 - [B 6 KA 40/99](#) -, 29.06.2011 - [B 6 KA 53/00 R](#) - und dem Beschluss vom 28.08.2013 - [B 6 KA 24/13 B](#) - zum Ausdruck komme, Voraussetzung für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Das BSG habe wiederholt klargestellt, dass nicht nur eine Spezialisierung oder ein besonderer Versorgungsauftrag tatsächlich vorliegen, sondern dieser sich zusätzlich signifikant im Honorar auswirken müsse. Es müsse eine im Leistungsangebot der Praxis zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung vorliegen, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl habe. Entgegen der Auffassung des SG habe sie sich im Widerspruchsbescheid auch mit der Tatsache befasst, dass die Klägerin als hausärztlich tätige Internistin über eine Sicherstellungsgenehmigung zur Erbringung und Abrechnung einer fachärztlichen Leistung verfüge und diesen Umstand in die Entscheidung einbezogen. Auch in einem solchen Fall halte sie unter Beachtung der Rechtsprechung des BSG daran fest, dass die Sicherstellungsgenehmigung honorarmäßig zu einem Mehrbedarf im Vergleich zur Arztgruppe führen müsse. Dies gelte umso mehr, als Hausärzte nur ausnahmsweise fachärztliche Leistungen erbringen dürften. Gerade deshalb müsse sich die Besonderheit wesentlich spürbarer auswirken, als bei anderen in der Fachgruppe häufiger erbrachten Leistungen. Festzustellen sei auch, dass die Klägerin im Jahr 2009 höhere Gesamthonorare und Fallwerte erwirtschaftet habe als im Jahr 2008. Indem sie auch diese Tatsache in ihre Entscheidung habe einfließen lassen, habe sie durchaus den konkreten Einzelfall geprüft und gewürdigt. Der im Vorstandsbeschluss vom 18.03.2009 normierte Bezugszeitraum 2008 sei rechtmäßig. In die Berechnung des RLV seien Abrechnungswerte des Jahres 2008 eingeflossen. Eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten führe zu einem Zuschlag auf das so zugewiesene RLV. Daher sei es systematisch richtig, für die Fallwertvergleiche als Grundlage für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten auf die Vorjahresquartale 2008 zurückzugreifen. Auch das BSG habe wie zum Beispiel in seinem Urteil vom 22.06.2005 - [B 6 KA 80/03 R](#) - den Rückgriff auf Abrechnungswerte der Vergangenheit für die Berechnung von Praxis- und Zusatzbudgets für zulässig erachtet. Insbesondere habe es in dieser Entscheidung darauf hingewiesen, dass ein Rückgriff auf "Altquartale" zur Vermeidung von Verwerfungen durch Honorarverteilungsänderungen legitim sei. Insoweit habe sie bereits im erstinstanzlichen Verfahren vorgetragen, dass das Jahr 2008 der letzte verfügbare Zeitraum vor Einführung der grundlegend geänderten Vergütungssystematik gewesen sei und die Beurteilung, ob ein Arzt innerhalb seiner Arztgruppe einen außergewöhnlichen Schwerpunkt hat, auf Basis von Abrechnungsdaten erfolgen sollte, die noch nicht von der Vergütungsform 2009 beeinflusst waren. Zwischenzeitlich habe das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg in seinem Urteil vom 30.04.2014 - [L 7 KA 154/11](#) - bestätigt, dass für die Prüfung von RLV-relevanten Praxisbesonderheiten nicht auf das aktuelle Abrechnungsquartal abzustellen sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 16.04.2014 abzuändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, dass sie nur eine unzureichende Vergütung der GOP 33022 EBM erhalten habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige, insbesondere gemäß §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) frist- und formgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist begründet.

Zu Recht hat das SG die Klage ungeachtet der Bestandskraft der Honorarbescheide für die streitgegenständlichen Quartale für zulässig erachtet. Zwar besteht das Rechtsschutzbedürfnis für die Klärung der Rechtmäßigkeit der Zuweisung eines RLV nur, solange die Honorarbescheide für die streitbefangenen Quartale noch nicht bestandskräftig sind. Dies gilt nach der Rechtsprechung des BSG wegen des Vertrauensschutzes jedoch nicht für Honorarbescheide, die vor der Veröffentlichung des Urteils vom 15.08.2012 - [B 6 KA 38/11 R](#) - bestandskräftig geworden sind. Alle Honorarbescheide sind bereits vor dem 15.08.2012 bestandskräftig geworden.

Allerdings ist der allein angefochtene Bescheid vom 15.12.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.03.2011, mit dem die Beklagte einen Zuschlag auf den durchschnittlichen Fallwert wegen Praxisbesonderheiten im Bereich Echokardiographie für die Quartale I bis IV/2009 abgelehnt hat, rechtmäßig.

Rechtsgrundlage dieser Entscheidung ist Nr. 4.4.2 RLV-Vertrag in seinen jeweiligen in den Quartalen I/2009 bis IV/2009 geltenden Fassungen und der diesbezügliche Vorstandsbeschluss vom 18.03.2009.

Die entsprechende Regelung des RLV-Vertrag vom 14.11.2008 ist gemäß Ziffer 10. "Laufzeit" gültig für die Zeit vom 01.01.2009 bis 31.12.2009 und lautet für das Quartal I/2009:

"4.4.2 Praxisbesonderheiten

Der Arzt kann für Praxisbesonderheiten Zuschläge auf den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe beantragen. Der Antrag muss die Leistungen unter Angabe der EBM-Gebührenordnungsposition benennen, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrückt. Als Praxisbesonderheit gelten ein besonderer Versorgungsauftrag oder eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung, soweit hieraus eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % resultiert.

Der Vorstand der KVWL beurteilt nach pflichtgemäßem Ermessen im Einzelfall, ob eine Praxisbesonderheit vorliegt und in welchem Umfang sowie für welche Dauer Zuschläge zu gewähren sind.

... "

Ab dem Quartal II/2009 wurde die Ziffer 4.4.2 um folgenden Zusatz ergänzt:

"Er kann im Einzelfall abweichend von der Vorgabe des Grenzwertes nach Satz 3 eine Praxisbesonderheit feststellen, obwohl die vorgegebene Überschreitung von mindestens 30 % nicht vorliegt."

In seiner Sitzung vom 18.03.2009 hat der Vorstand der Beklagten hierzu beschlossen:

Tenor:

"Die Anerkennung einer Praxisbesonderheit bedarf eines Antrags an die zuständige Verwaltungsstelle der KVWL; dieser muss neben der Besonderheit auch diejenigen Leistungen beinhalten, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrückt.

Die Verwaltungsstelle prüft die eingegangenen Anträge unter Berücksichtigung der im RLV-Vertrag festgelegten Kriterien in folgenden Schritten:

Als Vergleichsgröße ist der durchschnittliche Fallwert einer Arztgruppe für alle RLV-relevanten Leistungen des Quartals 1/08 heranzuziehen. Dieser wird berechnet als Summe des Leistungsbedarfs aller RLV-relevanten Leistungen (bewertet mit den Preisen der Euro-GO) dividiert durch die RLV-relevante Fallzahl der Arztgruppe.

Analog wird der Fallwert der RLV-relevanten Leistungen des Quartals 1/08 für den zu überprüfenden Arzt ermittelt und dem Wert der Arztgruppe gegenüber gestellt.

Zeigt der Vergleich der Fallwerte nach Nr. 1 und 2 eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 %, so ist zu überprüfen, ob und in wieweit diese Überschreitung aus den vom antragstellenden Arzt genannten Leistungen resultiert, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrückt.

Hierzu ist der durchschnittliche Fallwert dieser Leistungen über die Arztgruppe zu ermitteln und ebenso der Fallwert dieser Leistungen beim

betrachteten Arzt (leistungsbezogenen Fallwertüberschreitung).

Zur Anerkennung einer Praxisbesonderheit muss die mindestens 30 %ige Fallwertüberschreitung aller RLV-relevanten Leistungen (vgl. Nr. 3) aus der leistungsbezogenen Fallwertüberschreitung des Arztes nach Nr. 4 resultieren. Ist diese Bedingung erfüllt, so wird die Praxisbesonderheit in Höhe dieser leistungsbezogenen Fallwertüberschreitung berücksichtigt, höchstens jedoch in Höhe der Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der RLV-relevanten Leistungen.

Im Einzelfall kann aus Sicherstellungsgründen abweichend von der Vorgabe des Grenzwertes nach Satz 1 eine Praxisbesonderheit festgestellt werden, obwohl die vorgegebene Überschreitung von mindestens 30 % nicht vorliegt.

Zur Berechnung des Zuschlags zum RLV-Fallwert wird die anerkannte Fallwertüberschreitung in Euro in Bezug gesetzt zum durchschnittlichen Fallwert der RLV-relevanten Leistungen der Arztgruppe nach Nr. 1. Der hieraus resultierende %satz wird angewendet auf den RLV-Fallwert des Arztes aus dem bisher zugewiesenen RLV und somit der für ihn geltende Zuschlag ermittelt.

Eine anerkannte Praxisbesonderheit wird widerruflich in Form eines Zuschlags zum RLV durch die KVWL - auch mit Wirkung für die Folgequartale - berücksichtigt. Der Arzt erhält über die Anerkennung der Praxisbesonderheit einen Bescheid. Das Vorliegen der Praxisbesonderheit wird jährlich überprüft."

Die Rechtsgrundlage dieses Vorstandsbeschlusses ist Ziffer 9.b) des RLV-V. Danach regelt der Vorstand der Beklagten in Durchführungsbestimmungen ergänzende Einzelheiten, insbesondere zu den Ziffern 3.1, 4,4 und 4.5 sowie Anlage 1.

Diese Ausnahmeregelungen entsprechen den Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses in seinen Beschlüssen vom 27./28.09.2008 und 15.01.2009, der damit seinerseits den gesetzlichen Regelungsaufträgen in [§ 87b Abs. 2 Satz 3 Halbs. 2, Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) nachgekommen ist. Lediglich die Ergänzung zu Ziffer 4.4.2 RLV-Vertrag entspricht nicht dem Wortlaut des Teil A Ziffer 3 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15.01.2009. Dieser lautet:

"Die Partner der Gesamtverträge können aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abweichend vom Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009, Beschluss Teil F, 3.6 zur Vorgabe eines Grenzwertes zur Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe in Höhe von mindestens 30 % im Einzelfall eine Praxisbesonderheit feststellen, obwohl die so vorgegebene Überschreitung nicht vorliegt."

Zu Recht ist die Beklagte davon ausgegangen, dass eine durch eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % des durchschnittlichen Fallwertes der Fachgruppe gekennzeichnete Praxisbesonderheit nicht vorliegt. Der praxisspezifische Fallwert der Klägerin hat den durchschnittlichen Fallwert ihrer Arztgruppe nur im 1,3 % (I/2009) überschritten bzw. in den übrigen streitgegenständlichen Quartalen sogar unterschritten.

Die Beklagte durfte ihrer Vergleichsberechnung auf der Basis der Werte des Jahres 2008 durchführen. Entsprechend des Vorstandsbeschlusses vom 18.03.2009 hat sie als Vergleichsgröße den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe für alle RLV-relevanten Leistungen des entsprechenden Quartals 2008 herangezogen. Diesen hat sie berechnet als Summe des Leistungsbedarfs aller RLV-relevanten Leistungen (bewertet mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung) dividiert durch die RLV-relevante Fallzahl der Arztgruppe. Analog wurde der Fallwert der RLV-relevanten Leistungen des entsprechenden Quartals 2008 für die Klägerin ermittelt und dem Wert der Arztgruppe gegenüber gestellt.

Sofern es das SG für fehlerhaft und den Vorstandsbeschluss insoweit für rechtswidrig und nichtig gehalten hat, als danach bei der Prüfung der Überschreitungshöhe auf die Werte des Jahres 2008 abgestellt wurde, verfangen diese Bedenken nicht. Weder aus dem Wortlaut des [§ 87b SGB V](#) noch aus den Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.2008 bzw. 15.01.2009 ergibt sich, dass zwingend auf die Vergleichszahlen des Quartals abzustellen ist, für das die Praxisbesonderheit beantragt wird. Eine entsprechende Vorgabe lässt sich dem Wortlaut der Bestimmungen nicht entnehmen. Vielmehr sprechen [§ 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) und der Beschluss des Einheitlichen Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 dafür, dass Praxisbesonderheiten als Bestandteil des RLV jeweils im Voraus vor dem Beginn des Abrechnungsquartals festzustellen sind (SG Berlin, Urteil vom 30.11.2011 - S 83 199/10 -). Das RLV wird für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt und ist wegen der vom Gesetzgeber bezweckten Kalkulationssicherheit gemäß [§ 87b Abs. 5 Satz 1 2. Halbsatz](#) vor Beginn des Abrechnungsquartals mitzuteilen. Zudem ist in Anlehnung zur Ermittlung der arztindividuellen Fallzahl gemäß 4.3.1 RLV-V auf das jeweils entsprechende Vorjahresquartal abzustellen, sofern im RLV-V nichts anderes ausdrücklich geregelt ist. Anders als vom SG angenommen lassen auch die anderen in Ziffer 4.4 RLV-V geregelten Ausnahmen nicht darauf schließen, dass zwingend auf die jeweils aktuellen Quartalswerte abgestellt werden muss. Anders als bei diesen Ausnahmen handelt es sich bei den Praxisbesonderheiten nach Ziffer 4.4.2 RLV-V um einen Zuschlag auf das im Voraus festzulegende RLV, während die übrigen Ausnahmeregelungen des 4.4 RLV-V Anpassungen im Nachhinein regeln. (SG Berlin, Urteil vom 30.11.2011 - S 83 199/10 -).

Entgegen der Darlegungen des SG ist die Beklagte auch gemäß Ziffer 4.4.2 Satz 4 RLV-V der Möglichkeit nachgegangen, ob abweichend von der Vorgabe des Grenzwertes nach Satzes 3 der Ziffer 4.4.2 RLV-V eine Praxisbesonderheit festzustellen ist, obwohl die vorgegebene Überschreitung von 30 % nicht vorliegt. Die Beklagte hat über diese Regelung eine Entscheidung getroffen. Im Widerspruchsbescheid führt sie aus:

" Die Aufstellung zeigt, dass bereits die auf Bundesebene beschlossene Grundvoraussetzung (vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses vom 27./28. August, Teil F Ziffer 3.6), namentlich die Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von grundsätzlich mindestens 30 %, nicht erfüllt wird.

Ferner kann hier dahinstehen, ob aufgrund der vorliegenden Genehmigung zur Abrechnung der Echokardiographie (GOP 33022 EBM) aus Sicherstellungsgründen ein besonderer Versorgungsbedarf vorliegt, der eine Praxisbesonderheit rechtfertigen würde, da sich aus der Erbringung dieser Leistung im Vergleich zur Fachgruppe keine überdurchschnittliche Leistungsanforderung ergibt (vgl. Werte in der obigen Tabelle). Die Ziffer 4.4.2 des RLV-Vertrages setzt aber ebendies voraus."

Aus dem zweiten Absatz ergibt sich, dass die Beklagte die Ausnahmeregelung geprüft hat. Zudem greift sie den Gesichtspunkt der Sicherstellung auf, der sich erst in Teil A Ziffer 3. des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15.01.2009 und Ziffer 6. des Vorstandsbeschlusses vom 18.03.2009 findet. Ein Ermessensdefizit liegt daher nicht vor.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 154 Abs. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2017-05-09