

L 5 KA 18/12

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

3
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 3 KA 224/10

Datum
25.04.2012
2. Instanz
LSG Hamburg

Aktenzeichen
L 5 KA 18/12

Datum
19.08.2015

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Die Klägerin hat die Kosten des Verfahrens zu tragen. 3. Die Revision wird nicht zugelassen. 4. Der Streitwert wird auf 5.000 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des für die Klägerin festgesetzten Regelleistungsvolumens.

Die Klägerin ist eine Berufsausübungsgemeinschaft aus einem Facharzt für Innere Medizin Kardiologie-Angiologie und zwei Fachärzten für Innere Medizin Kardiologie. Sie nimmt im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung H. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Mit Bescheid vom 1. Dezember 2009 wies die Beklagte der Klägerin für das Quartal I/2010 ein Regelleistungsvolumen (RLV) in Höhe von 190.556,51 EUR zu. Zudem sah sie folgende Erhöhungsbeträge ("reservierte Zuschläge") für die Praxis vor: 4.018,30 EUR für diagnostische Radiologie, 52.760,16 EUR für koronare Angiographie, 18.303,75 EUR für Serienangiographie und 20.175,09 EUR für Intervention.

Mit Honorarbescheid vom 19. August 2010 bewilligte die Beklagte der Klägerin für die vertragsärztliche Tätigkeit im streitbefangenen Quartal 416.250,29 EUR. Das von der Klägerin angeforderte Honorar hatte das zugewiesene RLV um 64.875,98 EUR überschritten. Für Leistungen der diagnostischen Radiologie hatte die Klägerin keine Vergütung angefordert; für Leistungen der Koronarangiographie 29.205,80 EUR; für Leistungen der Serienangiographie 15.302,08 EUR und für Leistungen der Intervention 7.191,88 EUR. Die Leistungen der Koronarangiographie und der Intervention vergütete die Beklagte wie angefordert. Bei den Leistungen für Serienangiographie stellte sie eine arztbezogene Betrachtung an und ging davon aus, dass der Erhöhungsbetrag insoweit um 1.308,36 EUR überschritten worden sei. Sie addierte diese Überschreitung mit der Überschreitung des RLVs (64.875,98 EUR), so dass sich eine Überschreitung von insgesamt 66.184,33 Euro ergab. Diesen Betrag honorierte sie lediglich abgestaffelt mit 15.343,92 EUR.

Die Erhöhungsbeträge (Fallwertzuschläge) wurden nach § 7 Abs. 3 Nr. 10 Anlage A zum Verteilungsmaßstab vom 26. November 2008 in der Fassung des 5. Nachtrages vom 23. März 2010 (VM) aus Sicherstellungsgründen gewährt. Nach dem letzten Satz dieser Regelung kann das dafür vorgesehene Honorarvolumen nicht mit anderen Leistungen abgerufen werden. Die gegen beide Bescheide eingelegten Widersprüche vom 8. Dezember 2009 und 23. August 2010 wies die Beklagte am 11. November 2010 unter Hinweis auf das für sie maßgebliche Regelwerk zurück.

Mit ihrer am 13. Dezember 2010 erhobenen Klage hat die Klägerin mangelnde Transparenz bei der Bildung der Fallwertzuschläge und des Arztgruppenfallwertes gerügt. Dieser sei zu niedrig und decke mit 56,36 EUR praktisch nur die Versichertenpauschale ab. Die Erbringung weiterer kardiologischer Leistungen sei darüber hinaus nicht möglich. Sie hat vor allem verlangt, dass die Unterschreitungen im Bereich der Fallwertzuschläge mit der Überschreitung des RLV ausgeglichen werden. Es gebe keine Rechtsgrundlage für eine Differenzierung danach, aus welchem Bereich die erbrachten Leistungen stammten. Jedenfalls sei es sachlich nicht zu rechtfertigen, in der hier gegebenen Konstellation keinen Ausgleich vorzunehmen, während Unterschreitungen des RLVs unproblematisch mit einer Überschreitung im Bereich der Fallwertzuschläge hätten ausgeglichen werden können. Soweit der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 22. September 2009 eine solche Differenzierung vorgenommen habe, sei sie sachlich nicht zu rechtfertigen und im Übrigen vom Bewertungsausschuss selbst ab dem Quartal III/2010 aufgehoben worden.

Die Beklagte hat darauf hingewiesen, dass die Regelung der hier maßgeblichen Fallwertzuschläge nach Anlage A Kapitel I § 7 Abs. 3 des zwischen der Beklagten und den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbarten VM, wonach Überschreitungen im RLV-Bereich nicht mit Unterschreitungen im Bereich der Fallwertzuschläge ausgeglichen würden, im Einklang mit der Beschlusslage des Bewertungsausschusses

stehe. Die Regelung sei sachgerecht, weil es sich bei den Fallwertzuschlägen um Sicherstellungsaufschläge handle, die nicht mit insoweit fremden Leistungen ausgefüllt werden könnten. Insgesamt sei nicht ersichtlich, dass der Normgeber mit dieser Regelung seinen Gestaltungsspielraum überschritten haben könnte. Wenn die Regelung ab dem Quartal III/2010 nicht mehr gelte, liege das vor allem daran, dass der Bewertungsausschuss die Honorarwelt zu diesem Zeitpunkt grundlegend umgestaltet habe. Der arztgruppenspezifische Fallwert sei nicht zu niedrig bemessen worden. Es seien auch die praxisbezogenen Fallwertzuschläge zu berücksichtigen, die der Klägerin in erheblicher Höhe zugewiesen worden seien. Für sich genommen liege der Fallwert immer noch über der Grundpauschale. Letztlich sei ein solcher Vergleich aber schon nicht angezeigt, da der Fallwert lediglich eine Rechengröße im Rahmen der RLV-Berechnung sei, neben der RLV-Fallzahl aus dem Vorjahresquartal. Es bestehe kein Anspruch darauf, im Umfang dieser Fallzahl die Grundpauschalen in jeden Fall zum vollen Euro-Betrag vergütet zu bekommen. Bei einer Gesamtbetrachtung sei nicht davon auszugehen, dass im streitbefangenen Quartal oder inzwischen kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr bestehe, vertragsärztlich tätig zu sein.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 25. April 2012 abgewiesen, nachdem die Beklagte mit Teilerkenntnis erklärt hatte, alle von der Klägerin im Quartal I/2010 erbrachten und zur Abrechnung gebrachten Leistungen der Serienangiographie vollständig zu vergüten. Im Übrigen habe die Beklagte den VM ohne erkennbare sachliche oder rechnerische Fehler angewandt. Die für die Zuweisung des RLV und der qualitätsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) maßgeblichen Regelungen im VM seien mit höherrangigem Recht vereinbar. Die Regelung setze gerade eine Vorgabe des Bewertungsausschusses (Ziff. 6 Satz 5 der Anlage 1 zum Beschluss vom 22. September 2009) um, die ihrerseits einer rechtlichen Überprüfung standhalte. Es sei den Kompetenzen von Bewertungsausschuss, Gesamtvertragsparteien und Kassenärztlichen Vereinigungen überantwortet, die Angemessenheit einer Vergütung festzulegen. Der danach erforderliche Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung sei nach ständiger Rechtsprechung erst dann nicht mehr gegeben, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr bestehe, vertragsärztlich tätig zu werden und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet sei. Es komme dabei nicht auf die Situation des einzelnen Arztes, sondern die der jeweiligen Arztgruppe im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung an, deren Honorarverteilung angegriffen werde. Die Bildung des Arztgruppenfallwertes wie der Fallwertzuschläge sei nicht intransparent, sondern folge aus § 3 der Anlage A, Kapitel II, Teil C der Anlage A zum VM, die Berechnung des Erhöhungsbetrags ergebe sich aus § 7 Abs. 3 Satz 3 der Anlage 1 zum VM, jeweils ergänzt durch die Bestimmungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009. Zwar enthalte dieser Beschluss – wohl versehentlich – abgesehen von der diagnostischen Radiologie keine Vorgaben für weitere Leistungsbereiche, für die Fachärzte ein weiteres Honorarvolumen erhalten, doch könne dahin stehen, ob die Vertragspartner unter diesen Umständen im VM weitere Leistungsbereiche bestimmen durften, für die zusätzliche Honorarvolumen vorgesehen werden sollten. Die Klägerin sei dadurch nämlich nicht beschwert, denn ihr sei für jeden in § 7 Abs. 3 Nr. 10 der Anlage A zum VM genannten Leistungsbereich ein Zusatzvolumen zur Verfügung gestellt worden, ihre entsprechenden Leistungen seien letztlich voll vergütet worden.

Mit ihrer am 14. August 2012 eingelegten Berufung gegen das ihr am 30. Juli 2012 zugestellte Urteil des Sozialgerichts wendet sich die Klägerin gegen dessen Annahme, die Festlegung der Höhe des Arztgruppenfallwertes stehe allein im pflichtgemäßen Ermessen der Gesamtvertragsparteien. Vielmehr sei zu prüfen, wie es zu dem Fallwert gekommen sei und ob er im Vergleich mit anderen Arztgruppenfallwerten versorgungsgerecht sei. Es sei der Frage nachzugehen, wie es zu dem für eine qualifizierte kardiologische Versorgung kaum ausreichenden Fallwert von 56,36 Euro gekommen sei. Im Quartal III/2012 habe der Fallwert 88,10 Euro betragen, entsprechend unterschiedlich sei bei ihr die Überschreitung des RLV bei etwa gleichem Leistungsverhalten ausgefallen. Auch der Honorarbescheid sei rechtswidrig, da es für die Regelung in § 7 Abs. 3 S. 5 VM (keine Verrechnung von Fallwertzuschlägen mit anderen RLV-Leistungen) keine Rechtsgrundlage gebe. Auch die entsprechende Vorgabe des Bewertungsausschusses sei rechtswidrig, denn [§ 87b](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in der hier anzuwendenden Fassung sehe QZV nicht vor, sondern kenne nur das Regelleistungsvolumen. RLV und QZV seien deshalb ein RLV, bei dem eine Unterschreitung des QZV mit einer Überschreitung des RLV verrechenbar sein müsse. [§ 87b SGB V](#) berechne die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht zu Honorarverteilungsregelungen. Die Bildung des RLV wie auch die flankierenden Ausnahmebestimmungen würden allein von dem Bewertungsausschuss vorgegeben. Dieser besitze die abschließende Regelungskompetenz, einen Fallwertzuschlag habe er aber nur für die diagnostische Radiologie vorgesehen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts vom 25. April 2012 sowie den Bescheid der Beklagten über die Zuweisung des Regelleistungsvolumens für das Quartal I/2010 vom 1. Dezember 2009 und den Honorarbescheid für das Quartal I/2010 vom 19. August 2010, jeweils in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. November 2010 und in der Fassung des am 25. April 2012 angenommenen Teilerkenntnisses, aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, das Regelleistungsvolumen für das Quartal I/2010 und das Honorar für das Quartal I/2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen und hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie wendet ein, der arztgruppenspezifische Fallwert liege im streitbefangenen Quartal weit über den kardiologischen Grundpauschalen. Der Fallwert sei auch keine Fallpauschale, sondern eine Rechengröße für die Berechnung des arzt-/praxisbezogenen RLV. QZV seien erst im Quartal III/2010 eingeführt worden. Bei den Fallwertzuschlägen handle es sich hingegen um qualifikationsgebundene Sicherstellungszuschläge, die gerade die Erbringung der förderungswürdigen Leistungen sicherstellen sollten. Die Regelung in Anlage A Kapitel I § 7 Abs. 3 HVM a.F. sei rechtmäßig, die Ermächtigung ergebe sich aus einem "Erst-recht-Schluss" zu der in [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) getroffenen Regelung. Zwar bestimme der Bewertungsausschuss die Vorgaben zur Umsetzung dieser Vorschrift, aber das Bundessozialgericht habe in seiner Entscheidung vom 17. Juni 2012 (Az.: [B 6 KA 28/11](#)) die Kompetenz und Gestaltungsfreiheit der Vertragspartner auf Landesebene betont, über den Beschluss des Bewertungsausschusses hinaus weitere Leistungen als besonders förderungswürdig aus dem RLV auszunehmen.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt. Dem Gericht haben die Prozessakten sowie die Verwaltungsakte der Beklagten (Az.: KVH 4327/09) vorgelegen. Auf deren Inhalt wird ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet mit Einverständnis der Beteiligten gemäß [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung.

Die gem. [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte und gem. [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin erweist sich als unbegründet, da das Sozialgericht die Klage zu Recht abgewiesen hat, denn die angefochtenen Bescheide sind nicht rechtswidrig im Sinne von [§ 54 Abs. 2 SGG](#). Die Klägerin hat weder einen Anspruch auf erneute Bescheidung über das ihr für das I. Quartal 2010 zustehende Regelleistungsvolumen (RLV) noch auf eine geänderte Honorarberechnung für dieses Quartal.

1. Streitgegenstand des Verfahrens ist zum einen die Höhe des der Klägerin für das Quartal I/2010 zugewiesenen RLV und zum anderen die Frage, ob ihr ein Anspruch auf höheres Honorar auch deswegen zusteht, weil sie nicht ausgeschöpfte Fallwertzuschläge nicht mit der Überschreitung ihres RLV verrechnen kann.

Die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen erfolgte ab dem 1. Januar 2009 im gesamten Bundesgebiet für die große Mehrzahl der Arztgruppen auf der Grundlage von RLV gemäß [§ 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) (hier in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007, [BGBl. I, 378](#), a.F.). Das RLV wird der einzelnen Praxis mit anfechtbarem Bescheid zugewiesen (BSG, Urteil vom 15. August 2012 – [B 6 KA 38/11 R](#), SozR 4-2500, § 87b Nr. 1). Die Anfechtungsberechtigung entfällt, wenn der Honorarbescheid für das betroffene Quartal, dessen wesentlicher Bestandteil das RLV ist, bestandskräftig ist. Das ist hier nicht der Fall, da auch der Honorarbescheid fristgerecht angefochten wurde.

2. Der Bescheid vom 1. Dezember 2009 über die Zuweisung des RLV in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. November 2010 ist rechtmäßig; der Klägerin steht kein Anspruch auf Zuweisung eines höheren RLV zu. Die Beklagte hat im Zuge des Berufungsverfahrens die Berechnung des RLV dargelegt; dass dies fehlerhaft geschah, ist nicht ersichtlich und wird von der Klägerin auch nicht behauptet. Die normativen Grundlagen dieser Berechnung sind beachtet worden und diese sind für sich genommen wirksam (vgl. zu letzterem BSG, Urteil vom 11. September 2013 – [B 6 KA 6/13 R](#), SozR 4-2500, § 87 Nr. 29). Die Klägerin rügt in erster Linie, dass das ihr zugewiesene RLV mit einem Fallwert von 56,36 Euro so niedrig sei, dass er nicht einmal die typischerweise notwendigen vertragsärztlichen Leistungen abdecke. Es müsse geprüft werden, ob der gesetzlich in [§ 87b Abs. 3 SGB V](#) a.F. detailliert vorgeschriebenen Berechnungsmodus bei der Bildung des Fallwertes beachtet worden sei und ob der Wert im Vergleich zu anderen Facharztgruppen versorgungsgerecht sei.

a) Ein Verstoß gegen [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V a.F. ergibt sich nicht daraus, dass – wie die Klägerin meint – der ihr zugewiesene Fallwert praktisch nur die Versichertenpauschale abdecke, ihr darüber hinaus aber keine weiteren kardiologischen Leistungen ermögliche. Die Klägerin geht offenbar davon aus, dass ihr RLV so hoch sein müsse, dass es den durchschnittlichen Behandlungsbedarf ihrer Patienten abbilde. Der Gesetzeswortlaut könnte dies in der Tat nahelegen, wenn ein RLV nach seiner gesetzlichen Definition einer bestimmten Leistungsmenge entsprechen soll, die mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet wird ([§ 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) a.F.). Es ist auch davon auszugehen, dass innerhalb eines RLV die typischen und speziellen Leistungen einer Arztgruppe honoriert werden (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – [B 6 KA 45/12 R](#), SozR 4-2500 § 87b Nr. 4). Das ist jedoch nicht durchweg realisierbar, wenn die tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen Grundlage der Berechnung der RLV sind. Das Grundsystem der Vergütung der Gesamtheit der vertragsärztlichen Leistungen durch die Krankenkassen mit einem – steigenden, aber grundsätzlich festen – Betrag ist nicht durchweg kompatibel mit der Vorstellung, eine bestimmte, den Großteil der vertragsärztlichen Leistungen auf einem bestimmten Fachgebiet umfassende Leistungsmenge je Fall mit festen Preisen zu vergüten (BSG, Urteil vom 11. September 2013 – [B 6 KA 6/13 R](#), a.a.O.). Die Auffassung der Klägerin kann sich auch nicht auf den in [§ 87a Abs. 3 SGB V](#) verwendeten Begriff "Behandlungsbedarf" stützen. Damit ist nicht das faktische Behandlungsaufkommen gemeint, sondern allein der durch Vereinbarung festgelegte Bedarf. Deshalb ist es durchaus denkbar, dass auch typische und notwendige Leistungen der jeweiligen Fachgruppe nicht mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden können und müssen. Der Gesetzgeber hat dem dadurch Rechnung getragen, dass er in [§ 87a Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) a.F. bestimmt hat, dass die "im Rahmen des Behandlungsbedarfs" erbrachten Leistungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 6 zu vergüten sind. Für Leistungen, die über den "Behandlungsbedarf" im Sinne des [§ 87a Abs. 3 SGB V](#) hinausgehen, gilt dies nicht (BSG, Urteil vom 11. September 2013 – [B 6 KA 6/13 R](#), a.a.O.).

b) Soweit die Klägerin die fehlende "Versorgungsgerechtigkeit" des zugrunde gelegten Fallwertes rügt, beanstandet sie nach der hier vorgegeben Regelungssystematik letztlich die Höhe der ihr zugebilligten vertragsärztlichen Vergütung. Dieser Einwand bleibt ohne Erfolg. Die Festsetzung des RLV verstößt nicht gegen den Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung. Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist die vertragsärztliche Versorgung durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass in den einzelnen Arztgruppen nur zwischen 30% bis 70% der Honorare auf die RLV entfallen (Bundesministerium für Gesundheit, Merkblatt "Kritik von Ärzten an den regionalen Honorarwirkungen der Vergütungsreform", Stand 11. März 2009). Ein großer Teil ihrer Einnahmen werden durch Leistungen erzielt, die komplett außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet werden oder jedenfalls nicht der Mengensteuerung über das RLV unterliegen oder die aus GKV-Sonderverträgen herrühren. Auch die hier streitigen, das RLV ergänzenden Qualitätszuschläge erhöhen das RLV, soweit sie in Anspruch genommen werden können. In vielen Fällen dürften diese Fallwertzuschläge gerade die Behandlungsfälle abdecken, in denen ein an der Versichertenpauschale orientierter Fallwert zu niedrig erscheint. Im Grunde lässt sich der Behandlungsaufwand so genauer abbilden als durch einen erhöhten Fallwert.

c) Unabhängig davon, ob der Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung auch bei der Verteilung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen ist, ist dieser jedenfalls im Streitfall nicht verletzt, weil die hierfür in ständiger Rechtsprechung des BSG aufgestellten Voraussetzungen nicht vorliegen. Danach kommt ein subjektives Recht auf höheres Honorar aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) in Verbindung mit [Art. 12 Abs. 1](#) Grundgesetz erst dann in Betracht, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (s. zuletzt BSG, Urteil vom 11. Dezember 2013 – [B 6 KA 6/13 R](#), SozR 4-2500, § 87 Nr. 29). Anhaltspunkte dafür, dass eine solche Situation im Bereich der Beklagten für die Gruppe der Fachärzte der Inneren Medizin/Kardiologie in dem hier maßgeblichen Zeitraum eingetreten sein könnte, sind nicht ersichtlich. Auch die Klägerin trägt hierzu nichts vor.

3. Der Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal I/2010 ist auch, soweit die angeforderte Vergütung der Klägerin wegen Überschreitung des ihr zugewiesenen RLV nur abgestaffelt vergütet wurde, rechtmäßig. Die Klägerin beanstandet zu Unrecht, dass sie nicht ausgenutzte Fallwertzuschläge nicht mit Überschreitungen im RLV-Bereich "verrechnen" kann. Die von der Beklagten vorgenommene Kürzung ist so in § 7 Abs. 3 letzter Satz der Anlage A Kapitel I zu dem hier maßgeblichen VM vom 26. November 2008 in der Fassung des 5. Nachtrages vom 23. März 2010 vorgesehen, wonach der über das durchschnittliche RLV der Arztgruppe hinausgehende Teil des RLV ausschließlich zur Vergütung der Leistungen, für welche die Erweiterung vorgenommen wurde, bestimmt sei und nicht mit anderen Leistungen abgerufen werden könne. Diese Regelung ist rechtlich eben so wenig zu beanstanden (dazu anschließend unter b) wie die Vereinbarung von Fallwertzuschlägen für bestimmte qualitätsgebundene Leistungen durch die Gesamtvertragspartner in einem Honorarverteilungsvertrag (nachfolgend unter a).

a) Die Vertragspartner waren entgegen der Rechtsauffassung der Klägerin berechtigt, derartige Fallwertzuschläge (die Beklagte verwendete in Hinweisschreiben an ihre Mitglieder auch die Bezeichnungen "reservierte Zuschläge" oder "generelle Zuschläge") für ihren Regelungsbereich zu vereinbaren. Fallwertzuschläge innerhalb eines RLV sahen die [§§ 87a - 87c SGB V](#) a.F. nicht ausdrücklich vor. Der Bewertungsausschuss hatte in seinem Beschluss vom 22. September 2009 (abgedruckt in DÄBl 2009, A- 2108) in Teil F, Anlage I, Abschnitt I unter Ziff. 6 Fallwertzuschläge zum RLV für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs (nur) für den Leistungsbereich "Diagnostische Radiologie" festgelegt. An sich hatte der Bewertungsausschuss nach [§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) a.F. erstmalig zum 31. August 2008 nur Vorgaben zur Umsetzung unter anderem von § 87b Abs. 2 Satz 7 zu bestimmen. Nach dieser Vorschrift können weitere vertragsärztliche Leistungen 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. Durch diese Regelung sollte eine Förderung bestimmter Leistungen durch die Nicht-Einbeziehung in die RLV ermöglicht werden ([BT-Drucks 16/4247 S. 42](#)). Denn eine Honorierung außerhalb des RLV bedeutet, dass die Leistungen nicht der durch das RLV vorgegebenen Mengenbegrenzung unterliegen und damit zusätzlich zu einem ggf. vom Vertragsarzt schon ausgeschöpften RLV honoriert werden (vgl. BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 - [B 6 KA 45/12 R](#), [NZS 2014, 35](#)).

Wenn aber über [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) a.F. bestimmte Leistungen schon komplett außerhalb des RLV mit den vollen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung honoriert werden dürfen, dann muss das auch in der Weise möglich sein, dass deren "Abrutschen" in den Abstufungsbereich durch eine flexible, mengenabhängige Erhöhung der RLV hinausgeschoben wird (argumentum a maiore ad minus, vgl. Vießmann, in Spickhoff, Medizinrecht, 2011, 500 SGB V, Rn. 53). Für den in Ziff. 6 Satz 4 der Anlage 1 zum Beschluss Teil F genannten Leistungsbereich (Diagnostische Radiologie, GOP 34210 bis 34282) hätte auch eine Ausnahmeregelung nach [§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) a.F. geschaffen werden können, wonach diese Leistungen privilegiert außerhalb des RLV zu vergüten wären. Dann konnte der Bewertungsausschuss aber über [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) a. F. auch eine weniger einschneidende Regelung treffen und lediglich ein weiteres Honorarvolumen für diese Leistungen bilden, das nur für diesen Leistungsbereich zur Verfügung stehen sollte.

Denselben Weg durften auch die regionalen Vertragspartner wählen. Es fällt gem. [§ 87a Abs. 3 Satz 5 Halbsatz 2 SGB V](#) a.F. bereits in deren Ermessen, ob und für welche Leistungen sie eine Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung vereinbaren wollen. Sie sind insoweit ebenso wie bei der damit in engem Zusammenhang stehenden Entscheidung, welche Leistungen außerhalb des RLV vergütet werden sollen, an keine Vorgaben des Bewertungsausschusses gebunden (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 2012 - [B 6 KA 28/11 R](#), [BSGE 111, 114](#)). Erst recht gilt dies für qualitätsgebundene Honorarvolumina, die für bestimmte Leistungen innerhalb des RLV reserviert werden. Derartige Vergütungszuschläge können die regionalen Vertragspartner für bestimmte Leistungen vereinbaren, wenn sie dies sogar für Leistungen durften, die außerhalb der Gesamtvergütung oder des RLV honoriert werden sollten. Trotz der zu beachtenden Vorgaben des Bewertungsausschusses verblieben der regionalen Ebene zahlreiche Spielräume, um überproportionale Honorarverluste oder negative Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten zu vermeiden (vgl. Bundesministerium der Gesundheit, Fragen und Antworten zur Honorarreform der niedergelassenen Ärzte, Stand 26. März 2009, S. 20 und "Kritik von Ärzten an den regionalen Honorarwirkungen der Vergütungsreform", Stand 11. März 2009, S. 4). Die von den Vertragspartnern des VM vorgesehenen Fallwertzuschläge wurden ausdrücklich aus "Sicherstellungsgründen" zur Verfügung gestellt. Die hiervon begünstigte Klägerin ist dadurch auch nicht beschwert: Ohne diese Zuschläge erhielte sie einen noch größeren Teil ihres angeforderten Honorars lediglich "abgestaffelt".

b) Nicht zu beanstanden ist auch die Regelung in § 7 Abs. 3 letzter Satz Kapitel I der Anlage zum VM, wonach der über das durchschnittliche RLV der Arztgruppe hinausgehende Teil des RLV ausschließlich für die besonders geförderten Leistungen bestimmt ist und nicht mit anderen Leistungen abgerufen werden kann. Diese Bestimmung stimmt inhaltlich mit der Regelung des Bewertungsausschusses zu den Fallwertzuschlägen im fachärztlichen Versorgungsbereich überein. Dieses Verbot, das für reservierte Zuschläge gebildete Honorarvolumen mit anderen Behandlungsleistungen "aufzufüllen", ist systemgerecht und geboten. Nur so lässt sich das Ziel erreichen, die genannten Leistungen besonders zu fördern. Könnte das zusätzliche RLV mit allen Behandlungsleistungen in Anspruch genommen werden, handelte es sich lediglich um eine schlichte Erhöhung des RLV ohne jede Steuerungswirkung, auf die es den Gesamtvertragspartnern aber gerade ankam.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

5. Die Revision wird nicht zugelassen, da die Voraussetzung dafür gem. [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen. Insbesondere hat der Rechtsstreit keine grundsätzliche Bedeutung ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)), da der Rechtsstreit einen Einzelfall betrifft und die hier streitigen Fallwertzuschläge schon nach kurzer Zeit (nämlich ab dem Quartal III/ 2010) durch die sogen. "qualitätsgebundenen Zusatzvolumina" abgelöst wurden. Die in den beiden vorangegangenen Quartalen gewählte Konstruktion trägt den Charakter einer Übergangslösung innerhalb eines "lernenden Systems".

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2015-09-23