S 87 KA 1084/16

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
87
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 87 KA 1084/16
Datum
07.10.2020
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 41/20
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
ohne Leitsatz
Die RLV/QZV Zuweisungs- und Honorarbescheide der Beklagten der Quartale IV/2013 bis IV/2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juli 2016, der RLV/QZV Zuweisungsbescheid der Beklagten für das Quartal I/2015 in Gestalt des Änderungsbescheides vom 22. Dezember 2015 sowie die RLV/QZV Zuweisungsbescheide der Quartale II/2015 bis II/2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juli 2016 sowie die Honorarbescheide der Beklagten der Quartale I/2015 bis III/2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juli 2016 werden aufgehoben und die Beklagte wird verpflichtet für die Quartale IV/2013 bis III/2015 über die Höhe des RLV/QZV und des Honoraranspruchs des Klägers und für die Quartale IV/2015 bis II/2016 über die Höhe des dem Kläger zustehenden RLV/QZV erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Die Hinzuziehung einer Bevollmächtigten im Vorverfahren war notwendig.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) für die Quartale IV/2013 bis II/2016 und die Berechnung des Honorars für die Quartale IV/2013 bis III/2015. Der Kläger nimmt als Facharzt für Allgemeinmedizin an der vertragsärztlichen Versorgung in der P. Straße , B. teil. Gegen die RLV/QZV Zuweisungsbescheide für die Quartale IV/2013 bis II/2016 legte der Kläger Widerspruch ein, ebenso gegen die Honorarfestsetzungsbescheide für die Quartale IV/2013 bis III/2015. Diese Widersprüche wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheiden vom 19. Juli 2016 zurück. Diese begründete sie im Wesentlichen damit, dass die Vorhaltepauschale nach GOP 03040 im Rahmen des RLV zu vergüten und bei Überschreitung abgestaffelt zu vergüten sei. Insoweit seien die Beschlüsse des Bewertungsausschuss zu beachten. Am 4. Oktober 2016 hat der Kläger Klage erhoben. In der mündlichen Verhandlung vom 7. Oktober 2020 haben die Beteiligten den Rechtsstreit übereinstimmend für erledigt erklärt, soweit die rechtswidrige Honorarverteilung durch die Beklagte ab Quartal III/2013 wegen der Berechnung des Trennungsfaktors für die Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in hausärztlichen und fachärztlichen Anteil und das Einbringen fiktiver Verteilungsgelder geht, weil sie insoweit einen Vergleich geschlossen haben. Der Kläger trägt vor, dass sowohl die Berechnung seines RLV als auch die Honorarverteilung in den streitgegenständlichen Quartalen rechtswidrig sei, weil die Beklagte die Vorhaltepauschale nach GOP 03040 EBM innerhalb des RLV vergütet und nicht als "freie Leistung" außerhalb des RLV. Die Anwendung des § 9 Abs. 3 HVM, der eine Abstaffelung des Fallwertes im Rahmen der RLV Zuweisung vorsieht, auf die Vorhaltepauschale sei rechtswidrig. Die GOP 03040 EBM sei als Vorhaltepauschale einer Leistungsmengenbegrenzung nicht zugänglich. Der HVM sei rechtswidrig, soweit er die Vergütung der Vorhaltepauschale in das RLV einbezieht, weil dies der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der leistungsproportionalen Vergütung widerspreche. Zum einen widerspreche die Einbeziehung der Zielsetzung der Leistungsminderungsbegrenzung. Zwar sei § 87b SGB V die Rechtsgrundlage für die Honorarbegrenzung. Dies könne nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 11. September 2002, B 6 KA 30/01 R) aber nicht für alle Leistungen gelten. Es sei im vorliegenden Fall zu beachten, dass die Zielsetzung der betreffenden Regelung so unterschiedlich von anderen Regelungen sei, dass der Anreiz erhalten bleiben müsse, die Leistung auch unter Ausweitung des bisherigen Abrechnungsvolumens zu erbringen. Ziel der Einführung der Vorhaltepauschale für Hausärzte durch den Bewertungsausschuss in seiner 309. Sitzung vom 27. Juni 2013 sei die Förderung der Wahrnehmung der hausärztlichen Vertragsarzttätigkeit durch Förderung der Vorhaltung der für die Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Versorgung notwendigen Strukturen. Es gehe also nicht um eine Leistung am einzelnen Patienten, sondern um die Vorhaltung der in einer großen Hausarztpraxis notwendigen Strukturen. Nach dem Beschluss wurde die Pauschale für Praxen mit hoher Behandlungsfallzahl entsprechend angepasst, um größenabhängige Strukturen zu berücksichtigen. Dahingegen sei Ziel der Mengenbegrenzung nach § 87b SGB V, dass Ärzte in genügender Anzahl tätig seien und entsprechend gründlich und sorgfältig arbeiteten. Dieser Zweck werde durch die Vorhaltepauschale nicht tangiert, da ihr Gegenstand gerade keine Leistung sei, sondern die Vorhaltung von Strukturen. Die Einführung der Strukturpauschale sei nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses explizit zur Förderung hausärztlicher

Strukturen erfolgt. Dafür seien ausdrücklich zweckgebunden 70 Mio Euro zur Höherbewertung der hausärztlichen Strukturpauschale in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung geflossen. Durch die Einbeziehung der Strukturpauschale in das RLV komme diese Erhöhung der Gesamtvergütung nicht nur der Finanzierung der Strukturpauschale zugute. Während die Strukturpauschale nur abrechenbar sei, wenn ausschließlich hausärztliche Leistungen erbracht würden, komme die Erhöhung der Gesamtvergütung auf diesem Wege auch Ärzten zugute, die diese Voraussetzungen nicht erfüllten. Das Urteil des BSG vom 11. Dezember 2013, B 6 KA 6/13 R sei nicht einschlägig. Es gehe vorliegend nicht um den generellen Vorrang des EBM vor der Honorarverteilung. Vielmehr enthalte der Beschluss des Bewertungsausschusses Regelungen, die sich auf die Honorarverteilung auswirken sollten. Zum anderen weiche die Fallwertabstaffelung nach § 9 Abs. 3 HVM unzulässig von den Bewertungsrelationen des EBM ab. Der EBM sehe gerade eine um 10 % höhere Bewertung für größere Praxen ab 1200 Behandlungsfällen vor. Dahingegen komme es aufgrund der Regelung im HVM zur Abstaffelung des Fallwertes ab dem 1351. Fall. Die Beklagte halte sich ermessensfehlerhaft für an die Beschlüsse des Bewertungsausschusses gebunden, obwohl dieser seit dem 1. Januar 2012 die gesetzliche Bindung entfallen sei. Daneben liege es auch in der Kompetenz der Beklagten den HVM gegebenenfalls im Einvernehmen mit den Krankenkassen abzuändern. Der Kläger beantragt, die RLV/QZV Zuweisungs- und Honorarbescheide der Beklagten der Quartale IV/2013 bis IV/2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juli 2016, den RLV/QZV Zuweisungsbescheid der Beklagten für das Quartal I/2015 in Gestalt des Änderungsbescheides vom 22. Dezember 2015 sowie die RLV/QZV Zuweisungsbescheide der Quartale II/2015 bis II/2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juli 2016 sowie die Honorarbescheide der Beklagten der Quartale I/2015 bis III/2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juli 2016 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten für die Quartale IV/2013 bis III/2015 über die Höhe des RLV/QZV und des Honoraranspruchs des Klägers und für die Quartale IV/2015 bis II/2016 über die Höhe des dem Kläger zustehenden RLV/QZV erneut unter Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Die Beklagte trägt vor, dass die Vorhaltepauschale in das RLV einbezogen werden dürfe. Seit dem 1. Dezember 2012 habe sich der Gestaltungsspielraum nach § 87b SGB V zugunsten der Beklagten erweitert. Es seien allein die Vorgaben der KBV und die Grundsätze der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu beachten. Es bestünden jedoch keine Vorgaben der KBV dahingehend, dass die Vorhaltepauschale nicht in das RLV einzubeziehen sei. Entsprechende Vorgaben ergäben sich auch nicht aus höherrangigem Recht. Anders als im Urteil des BSG vom 11. September 2002, B 6 KA 30/01 R sei nicht ersichtlich, dass sich die Leistungen nach GOP 03040 EBM so deutlich von anderen Leistungen unterscheide, dass der Anreiz für die Erbringung aufrechterhalten bleiben müsse. Denn der Arzt habe gerade keinen Zeitaufwand für die Vorhaltepauschale. Daneben gebe der EBM nur das Werteverhältnis zwischen den Leistungen vor, garantiere aber keine bestimmte Höhe der Vergütung. Nach dem Urteil des BSG vom 11. Dezember 2013, B 6 KA 6/13 R binde der EBM in seinen Vorgaben die Honorarverteilung nur, wenn er sich auf diese auswirke. Daneben sei auch im Rahmen der Vorhaltepauschale das Ziel der Mengensteuerung zu beachten. Denn diese werde für jeden Behandlungsfall gezahlt, in dem ausschließlich hausärztliche Leistungen abgerechnet würden. Auch die übermäßige Ausdehnung dieser Fälle könne dazu führen, dass der Arzt sich den Patienten nicht mehr so gründlich zuwenden könne, wie das zu fordern sei. Die Erhöhung der Gesamtvergütung im Beschluss des Bewertungsausschusses habe zur Erhöhung der Bewertung der Strukturpauschale geführt, so dass sie dieser zugute gekommen sei. Vertragsärzte hätten keinen Anspruch auf eine bestimmte Höhe der Vergütung, sondern nur auf Teilhabe an der Gesamtvergütung. Dass die Einbeziehung der GOP 03040 EBM in das RLV die berufliche Existenz betreffe, sei nicht vorgetragen. Nach dem BSG sei nicht zu fordern, dass das Honorar für jede Einzelleistung kostendeckend sei. Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die dem Gericht vorgelegen hat und Gegenstand der mündlichen Verhandlung sowie der geheimen Beratung geworden ist.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten im Sinne von § 12 Abs. 3 S. 2 SGG handelt. Die Klage ist als Anfechtungs- und Neubescheidungsklage nach § 54 Abs. 1. S. 1 2. Alt SGG zulässig und - soweit sie nicht durch übereinstimmende Erledigungserklärungen erledigt ist – auch begründet. Die angegriffenen Bescheide sind rechtswidrig und verletzen den Kläger in seinen Rechten. Der Kläger hat einen Anspruch auf Neubescheidung der Höhe seines RLV und QZV für die Quartale IV/2013 bis II/2016 und über die Höhe seines Honoraranspruches für die Quartale IV/2013 bis III/2015. Gesetzliche Grundlage der hier anzuwendenden Verteilungsregelungen ist § 87b Abs. 1 SGB V in der Fassung vom 22.12.2011. Nach dieser Vorschrift verteilt die Beklagte die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Sie wendet dabei den Verteilungsmaßstab (HVM) an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Nach § 87b Abs. 2 S. 1 SGB V hat der Verteilungsmaßstab Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 SGB V oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden. Mit der Neufassung des § 87 SGB V wurden die zuvor vorgesehenen bundesgesetzlichen Vorgaben - insbesondere die Vorschriften zur Bindung an die Vorgaben des Bewertungsausschusses - für die Bemessung des RLV weitgehend zurückgenommen. Die Beklagte darf im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen seit 2012 die Honorarverteilung wieder weitgehend nach eigenen Präferenzen gestalten, wobei nach § 87b Abs. 4 S. 2 und 3 SGB V Vorgaben der KBV zu beachten sind (vgl. Freudenberg in Schlegel/ Voelzke, jurisPK- SGB V, Stand 15. Juni 2020, Rn 159). Für die Bemessung des RLV/QZV in den streitgegenständlichen Quartalen ist der HVM der Beklagten für die jeweiligen Quartale zugrunde zu legen. Nach § 3 Nr. 1 HVM wird dabei ein Vergütungsvolumen für den hausärztlichen Grundbetrag gebildet, das nach § 5 Abs. 1 HVM das hausärztliche Honorarvolumen bildet. Nach § 5 Abs. 2 HVM werden bestimmte bedarfsabhängige Vorwegabzüge gebildet, gemäß § 7 HVM werden daraus arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumen und besondere Verteilungsvolumen gebildet. § 9 HVM regelt die Berechnung des dem einzelnen Vertragsarzt zustehenden Regelleistungsvolumens. Das Regelleistungsvolumen eines Arztes bzw. einer Praxis für das jeweilige Quartal berechnet sich auf dieser Grundlage – einfach gefasst – wie folgt: Arztgruppenspezifischer Fallwert Quartal aktuell x Fallzahl des Arztes Quartal Vorjahr x Morbiditätsfaktor = RLV Quartal aktuell. Der arztgruppenspezifische Fallwert (FWAG) ist der Quotient aus dem RLV-Verteilungsvolumen der Arztgruppe (RLVAG) und der RLV-relevanten Fallzahl der Arztgruppe (FZAG) aus dem Vorjahresquartal (vgl. Anlage 5 Nr. 1 des HVM): RLVAG (aktuell) FWAG = - FZAG (Vorjahresquartal)

Liegt der RLV-Fallwert einer Praxis oberhalb von 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Fachgruppe, wird der für die Praxis zutreffende Arztgruppenfallwert für jeden die Durchschnittsfallzahl überschreitenden Fall gemindert. Die Minderung betrifft 25 % für die RLV Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen RLV Fallzahl der Arztgruppe, 50 % für RLV-Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe und 75 % für RLV-Fälle über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arzt-gruppe. Aus

der Einbeziehung der Leistungen nach der GOP 03040 EBM folgt danach, dass in Berlin für Hausärzte ab einer Behandlungsfallzahl von 1351 eine Abstaffelung der Vergütung über den Falllwert um 25 % vorgenommen wird. Der Beklagten kommt bei der Honorarverteilung ein Gestaltungsspielraum zu, in den die Gerichte nur in Ausnahmefällen eingreifen dürfen (Engelhard in Hauck/Noftz, SGB 09/16, § 87b SGB V, Rn 47 m.w.N.; vgl. u.a. BSG, Urteil vom 27. Juni 2012, B 6 KA 37/11 R Rn 21). Die Gestaltungsfreiheit ist eine Ausprägung des mit Rechtsetzungsakten der Exekutive typischerweise verbundenen normativen Ermessens. Dieses wird erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn die getroffene Regelung in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig ist. Allerdings hat die Beklagte bei der Wahrnehmung des Gestaltungsspielraums die gesetzlichen Vorgaben – insbesondere in § 87b SGB V – sowie die Anforderungen des Verfassungsrechts zu beachten, die vor allem in dem aus Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der leistungsproportionalen Vergütung konkretisiert worden sind (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 22. Juni 2005 – B 6 KA 5/04 R –, SozR 4-2500 § 85 Nr 17, Rn. 17). Die Einbeziehung der GOP 03040 EBM in das Regelleistungsvolumen mit der daraus folgenden abgestaffelten Vergütung der Leistung ab einer Überschreitung der durchschnittlichen RLV Fallzahl von 1351 stellt nach diesen Grundsätzen eine Überschreitung des Gestaltungsspielraums und einen Verstoß gegen die Grundsätze der Honoraverteilungsgerechtigkeit und der leistungsproportionalen Vergütung dar. Denn sie widerspricht dem Zweck der der Einführung dieser Vorhaltepauschale zugrunde liegenden Regelungen. Dies ergibt sich schon aus dem EBM selbst. Denn in diesem ist entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 309. Sitzung vom 27. Juni 2013 geregelt: "Bei Praxen mit weniger als 400 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet (Behandlungsfälle der Praxis gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet, dividiert durch Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1), ist ein Abschlag in Höhe von 13 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen. Bei Praxen mit mehr als 1200 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet, ist ein Aufschlag in Höhe von 13 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen." Nach dem EBM selbst wird also eine um 10 Prozent erhöhte Vergütung für die Vorhaltepauschale geregelt ab 1200 Behandlungsfällen. Durch die Einbeziehung in das Regelleistungsvolumen erfolgt aufgrund der durchschnittlichen RLV Fallzahl der Arztgruppe im Bereich der Beklagten aber wiederum eine Abstaffelung des Fallwertes um 25 % ab einer Behandlungsfallzahl des Arztes von 1351. Die Förderung der Vorhaltepauschale gerade für große Praxen wird damit bereits nach einer sehr kleinen Spanne negiert. Auch wenn es zutreffend sein sollte, dass auch im Bereich der Vorhaltepauschale eine Mengensteuerung notwendig sei, um die sorgfältige Behandlung der Patienten durch einen Arzt zu gewährleisten, ist doch dieser eklatante Widerspruch zwischen der Erhöhung der Vergütung im EBM und fast gleichzeitigen Abstaffelung über den Fallwert des RLV nicht vom Gestaltungsspielraum der Beklagten gedeckt. Daneben widerspricht diese Folge auch dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 309. Sitzung vom 27. Juni 2013 und den dazu veröffentlichten Gründen. Der Beschluss lautet insoweit: "Für die Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen wird eine Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V aus der Versichertenpauschale ausgegliedert. Diese Zusatzpauschale kann einmal im Quartal abgerechnet werden. Die Berechnungsfähigkeit der Vorhaltepauschale dient der Stärkung der Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages. In Behandlungsfällen, in denen Leistungen berechnet werden, die definitionsgemäß vom grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsauftrag abweichen, ist die Zusatzpauschale daher nicht berechnungsfähig. Die Bewertung der Zusatzpauschale wird für Praxen mit stark unterdurchschnittlicher bzw. mit hoher Behandlungsfallzahl je Arzt mit einem Ab- bzw. Zuschlag angepasst, um die größenabhängigen Strukturen entsprechend zu berücksichtigen." Darüber hinaus hat der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss in der 37. Sitzung von 25. September 2013 zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und zur Anpassung des Orientierungspunktwertes für das Jahr 2014 festgestellt: "Zur Stärkung der hausärztlichen Grundversorgung und der fachärztlichen Grundversorgung wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung basiswirksam um jeweils weitere 70 Millionen Euro erhöht. [ ] Die zusätzliche Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist zu verwenden zur Höherbewertung der hausärztlichen Strukturpauschale und der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung." Zwar sind die Vorgaben des Bewertungsausschusses für die Regelungen der Beklagten im HVM zur Bestimmung des RLV nicht mehr bindend. Jedoch ist nach der Rechtsprechung des BSG der EBM als höherrangiges Rechts dann bindend, wenn er Regelungen enthält, die sich auf die Honorarverteilung durch honorarbegrenzende Regelungen auswirken (BSG, Urteil vom 11. Dezember 2013, B 6 KA 6/13 R Rn 38 ff). Im Rahmen ihres Gestaltungsermessens nach § 87 b SGB V kann die Beklagte jedoch andere Gesichtspunkte berücksichtigen, auch wenn dadurch von den Bewertungen des EBM abgewichen wird. Der Vertragsarzt hat keinen Anspruch auf Vergütung in einer bestimmten Höhe aus dem EBM. Dieser regelt nach wie vor nur eine relative Bewertung. Dabei ist aber die feststehende Größe das gesetzlich vorgegebene wertmäßige Verhältnis der im Bewertungsmaßstab aufgeführten Leistungen zueinander (BSG, Urteil vom 11. Dezember 2013, B 6 KA 6/13 R Rn 38 ff). Die Beklagte hat genau dieses im EBM geregelte Verhältnis der Leistungen zueinander missachtet und dadurch ihren Gestaltungsspielraum überschritten. Der EBM sieht eine Höherbewertung der Vorhaltepauschale gerade für größere Praxen ab 1200 Patienten/Behandlugngsfallzahl vor. Die Regelung der Beklagten führen in Berlin zu einer abgestaffelten Vergütung dieser Leistung ab 1351 Behandlungsfällen. Damit wird die Regelung des EBM zur Höherbewertung und die dahinter stehende beabsichtigte Förderung größerer rein hausärztlich tätiger Praxen unwirksam. Diese Regelung ist nicht mehr vom Gestaltungsspielraum gedeckt. Sie ist insbesondere auch nicht durch die den Gestaltungsspielraum bei der Umsetzung des § 87b Abs. 2 SGB V maßgeblichen Ziele der Mengensteuerung durch das RLV gedeckt. Denn diese dient dazu, eine übermäßige Ausweitung von Praxen zu verhindern, um sicherzustellen, dass der einzelne Vertragsarzt genügend Zeit zur Behandlung der einzelnen Patienten hat. Die Vorhaltepauschale wird jedoch nicht für eine einzelne Leistung am Patienten berechnet, sondern für die Vorhaltung der Strukturen in rein hausärztlich tätigen Praxen. Dabei legt der EBM durch die Regelung des Zuschlags fest, dass dieses Vorhalten von Strukturen mit wachsender Patientenzahl höher zu vergüten ist. Die Kammer ist zwar der Ansicht dass auch bei dieser Leistung eine übermäßige Ausweitung der Praxisgröße gegebenenfalls zu regeln ist. Nach dem EBM ist jedoch gerade ein Zuschlag ab einer Behandlungsfallzahl von 1200 geregelt. Es kann demnach nicht davon ausgegangen werden, dass bereits eine Praxis mit einer Behandlungsfallzahl von 1351 als so groß anzusehen ist, dass eine Mengensteuerung zur Sicherung der Güte der Behandlung notwendig ist. Vielmehr dürfte sich diese durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe aus den Gegebenheiten in B. mit vielen auch kleineren Hausarztpraxen ergeben. Das hätte die Beklagte bei der Umsetzung der Regelung beachten müssen. Daneben dürfte die Vorhaltepauschale aufgrund der Besonderheit, dass sie nicht für eine einzelne Leistung, sondern gerade für das Vorhalten von Strukturen vergütet wird, auch eine Leistung sein, bei der die Zielsetzung sich so deutlich von anderen normativen Regelungen unterscheidet, dass der wirtschaftliche Anreiz erhalten bleiben muss, sie auch unter Ausweitung des bisherigen Abrechnungsvolumens zu erbringen (vgl. BSG, Urteil vom 11. September 2002, B 6 KA 30/01 R). Dies ergibt sich zum einen daraus, dass sie für die Schaffung von Strukturen rein hausärztlich tätiger Praxen gezahlt wird, die nach der Begründung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seinem Beschluss vom 27. Juni 2013 zu fördern sind. Zum anderen ergibt sich das aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 37. Sitzung vom 25. September 2013. Danach soll die Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausdrücklich – neben den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung – für die Höherbewertung der hausärztlichen Strukturpauschale verwendet werden. Dies spricht gegen eine Mengensteuerung bezüglich dieser Leistung. Daneben verstößt die

Einbeziehung in das Verteilungsvolumen aller Hausärzte ohne von der Möglichkeit eines Vorwergabzuges nach Gebrauch zu machen in §§ 3, 5 HVM, ebenfalls gegen diesen Beschluss. Denn durch die so erfolgte Erhöhung des Verteilungsvolumens für alle Hausärzte, kommen auch die Hausärzte für die Behandlung von Patienten in den Genuss der Erhöhung des Verteilungsvolumens, die nicht die Voraussetzungen der GOP 03040 EBM erfüllen. Die GOP 03040 EBM sieht vor, dass diese nur für die Patienten abrechenbar ist, bei denen ausschließlich hausärztliche Leistungen erbracht werden. Die Vergütungserhöhung kommt so aber auch den Praxen zu, die nicht allein hausärztliche Leistungen erbringen. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Abs. 1 S. 1 SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 1, 155 Abs. 2 VwGO und folgt dem Ergebnis der Hauptsache. Die Entscheidung über die Notwendigkeit der Hinzuziehung eines Bevollmächtigten beruht auf § 197 a SGG i.V.m. § 162 Abs. 2 S. 2 VwGO.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2020-12-17