

S 3 KA 207/11

Land
Hamburg
Sozialgericht
SG Hamburg (HAM)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 3 KA 207/11
Datum
31.07.2015
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens. 3. Der Streitwert wird auf 5.000,- EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Parteien streiten um die Vergütung der Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) 01510, 01511 und 01512 im Quartal 3/2010. Der Kläger wendet sich gegen die Budgetierung der Vergütung für diese Leistungen.

Der Kläger ist als Facharzt für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Hämatologie und Onkologie zur vertragsärztlichen Versorgung in H. zugelassen. Er nimmt an der "Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten - Onkologie-Vereinbarung" teil.

Durch bestandskräftigen Bescheid vom 02.06.2010 wies die Beklagte dem Kläger sein Regelleistungsvolumen (RLV) für das Quartal 3/2010 zu. Es betrug 23.628,52 EUR. Dem lagen zugrunde eine Basisfallzahl von 461, ein arztgruppenspezifischer Fallwert von 47,17 EUR, eine Berechnungsfallzahl von 461 und eine Altersstrukturquote von 1,0866. Zudem erhielt der Kläger qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) für Praxisklinische Betreuung 2h in Höhe von 10.142,00 EUR, Praxisklinische Betreuung 4h in Höhe von 11.912,68 EUR, Praxisklinische Betreuung 6h in Höhe von 3.876,12 EUR und Transfusionen in Höhe von 1.523,10 EUR zugewiesen. Die Summe aus RLV und QZV betrug 51.082,42 EUR.

Mit Bescheid vom 03.03.2011 wies die Beklagte dem Kläger für das Quartal 3/2010 ein Honorar in Höhe von insgesamt 92.476,55 EUR zu. Das dem Kläger zugewiesene RLV von 23.628,52 EUR hatte der Kläger mit der angeforderten Vergütung von 29.883,98 EUR um 6.255,46 EUR überschritten, das zugewiesene QZV Praxisklinische Betreuung 2h von 10.142,00 EUR hatte der Kläger mit der Anforderung in Höhe von 20.156,85 EUR um 10.014,85 EUR überschritten, das zugewiesene QZV Praxisklinische Betreuung 4h von 11.912,68 EUR hatte der Kläger mit der Anforderung in Höhe von 13.437,46 EUR um 1.524,78 EUR überschritten, das zugewiesene QZV Praxisklinische Betreuung 6h von 3.876,12 EUR hatte der Kläger mit der Anforderung in Höhe von 3.756,78 EUR um 119,34 EUR unterschritten und das zugewiesene QZV Transfusionen von 1.523,10 EUR hatte der Kläger mit der angeforderten Vergütung in Höhe von 1.699,12 EUR um 176,02 EUR überschritten. Die nach Verrechnung verbleibende Überschreitung von insgesamt 17.851,77 EUR vergütete die Beklagte quotiert mit 1.615,93 EUR. Das Honorar im Bereich RLV/QZV belief sich damit insgesamt auf 52.698,35 EUR.

Am 14.03.2011 erhob der Kläger Widerspruch gegen die Honorarabrechnung des Quartals 3/2010. Es sei zu einer drastischen Abstufung der tagesklinischen Leistungen gekommen. Bei der Therapie von Tumorpatienten seien enge Vorgaben durch die Onkologie-Vereinbarung, Leitlinien, Tumorkonferenzbeschlüsse und ärztliche Ethik sowie die Vorschriften zum Off-Label-Use zu berücksichtigen. Da Tumorpatienten akut bedroht seien, könne er die Therapie nur in einem sehr engen Zeitraum terminlich steuern. Eine Abstufung auf 9 Prozent bedeute, dass die Beklagte von ihm verlange, seinen Patienten entgegen der Leitlinien, der Vorgaben des Kassenarztes und der ärztlichen Ethik die notwendige Behandlung vorzuenthalten. Auch rechnerisch liege ein Fehler vor, da im Quartal 3/2008 mehr als doppelt so viele Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01511 erbracht worden seien als im Quartal 3/2010.

Mit Bescheid vom 24.05.2011 wies die Beklagte dem Kläger sein Honorar für das Quartal 4/2010 zu. Auch gegen diesen Bescheid erhob der Kläger Widerspruch.

Mit Schreiben vom 20.06.2011 beantragte der Kläger die Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Er begründete seinen Antrag

insbesondere damit, dass er seine Praxis erst seit dem Jahr 2002 unter Budgetbeschränkungen aufgebaut habe, mit dem hohen Behandlungsaufwand bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen, dem hohen Durchschnittsalter seiner Patienten, der Schwere der Erkrankungen und den häufigen und arbeitsintensiven Arzt-Patienten-Kontakten.

Die Beklagte lehnte den Antrag des Klägers auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten mit Bescheid vom 13.09.2011 mit der Begründung ab, dass sich die Versorgung durch seine Praxis nicht wesentlich von der seiner Kollegen in der Gruppe der Fachärztlichen Internisten mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie unterscheide. Der Anteil der Tumorpatienten in Relation zur Gesamtfallzahl liege in seiner Praxis bei ca. 66 Prozent. Der Durchschnitt seiner Fachkollegen hingegen liege bei 78 Prozent. Im Bereich der Praxisklinischen Betreuung nach den GOP des EBM 01510 bis 01512 weise seine Praxis einen Anteil an der Gesamtfallzahl in Höhe von 23 Prozent auf, die Fachgruppe liege hier im Durchschnitt bei 26 Prozent. Die Anerkennung einer Praxisbesonderheit aus Sicherstellungsgründen sei daher nicht möglich. Der Kläger legte auch gegen diesen Bescheid Widerspruch ein.

Mit Bescheid vom 17.11.2011 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers gegen die Honorarabrechnungen für die Quartale 3/2010 und 4/2010 zurück. Die Honorarabrechnungen seien nach den verbindlichen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen durchgeführt worden.

Am 19.12.2011 hat der Kläger Klage erhoben. Mit Beschluss vom 31.01.2012 hat das Gericht das Verfahren betreffend die Honorarabrechnung für das Quartal 4/2010 zur gesonderten Verhandlung und Entscheidung abgetrennt. Das Verfahren wird unter dem Aktenzeichen S 3 KA 19/12 geführt.

Zur Begründung der Klage vertieft der Kläger insbesondere sein Vorbringen, die onkologische Behandlung von Patienten unterliege besonderen qualitativen Anforderungen. Zwar sehe die Onkologie-Vereinbarung Kostenerstattungen vor, dadurch werde die besondere ärztliche Leistung jedoch nicht abgebildet. Eine Kürzung der nach dem EBM zu zahlenden Vergütung über eine Quotierung im RLV/QZV gefährde die gesamte ärztliche Leistung und damit unmittelbar die ordnungsgemäße Versorgung der Patienten. Die Beklagte sei verpflichtet gewesen, bei der Ermittlung des RLV, insbesondere bei der Festsetzung des Fallwerts, die besondere zeit- und kostenaufwändige Qualifikation zu berücksichtigen. So sei der Kläger als Hämatookologe in wesentlichen Teilen seiner Tätigkeit mit der Gabe von Chemotherapie bzw. Blut und Blutbestandteilen befasst. Die Gabe erfolge überwiegend im Rahmen tagesklinischer Leistungen. Durch die Budgetierung tagesklinischer Leistungen werde sachlich unangemessen gerade in einen Bereich einseitig eingegriffen, der einen erheblichen Teil der Tätigkeit des Klägers ausmache. Der Kläger werde gegenüber anderen Ärzten seiner Fachgruppe, die nicht in seinem Schwerpunkt tätig seien und nicht an der Onkologie-Vereinbarung teilnähmen, benachteiligt. Zudem bestehe eine Ungleichbehandlung gegenüber Strahlentherapeuten, die Bestrahlungen weiterhin extrabudgetär vergütet erhielten. Eine nicht notwendige Übermaßbehandlung sei in der Chemotherapie als wesentlicher Bestandteil der tagesklinischen Betreuung ebenso wenig denkbar wie in der Strahlentherapie. Die Budgetierung der Leistungen sei gleichbedeutend mit der Rationierung lebensnotwendiger Therapie. Das RLV und QZV decke, selbst wenn es nicht gedeckelt werde, nur einen Teil der anfallenden Arbeiten ab. Werde es weiter gekürzt, erfolgten wesentliche Teile der Arbeit unentgeltlich. Die Beklagte hätte die Spezialisierung des Klägers und sein Patientengut als Praxisbesonderheit werten müssen. Bereits die Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung stelle eine zu berücksichtigende Praxisbesonderheit dar.

Der Kläger trägt weiter im Wesentlichen vor, in den Quartalen 1/2009 bis 2/2010 seien die Leistungen für die praxisklinische Betreuung ebenso wie die Kostenpauschalen der Onkologievereinbarung 86510 bis 86516 außerhalb des RLV vergütet worden. Er habe sein RLV bis zum Quartal 2/2010, mit Ausnahme einer Überschreitung im Quartal 1/2009 in Höhe von 3.064,32 EUR, nicht überschritten. Dies habe sich mit dem Quartal 3/2010 schlagartig geändert, obwohl die Honoraranforderung konstant gewesen sei und im Durchschnitt 30.100 EUR mit einer Schwankungsbreite von +/- 1.300,00 EUR betragen habe. Die Anlage 3 zum Beschluss Teil F des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 sehe für Internisten mit dem Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie kein QZV für die Praxisklinische Betreuung vor, weshalb es einer Änderung der bis dahin bestehenden Honorarverteilungsregelungen nicht bedurft hätte. Gleichwohl habe die Beklagte auf regionaler Ebene entsprechende QZV eingeführt und damit massiv in die bestehende Vergütungsstruktur eingegriffen. Dies habe beim Kläger zu Honorarminderungen im Quartal 3/2010 von 16.076,89 EUR und im Quartal 4/2010 von 13.951,06 EUR geführt. In den Quartalen 3/2010 bis 4/2011 sei das durchschnittliche Gesamthonorar des Klägers im Bereich der RLV und QZV im Vergleich zu den davor liegenden Quartalen 1/2009 bis 2/2010 um rund 22 Prozent gefallen. Selbst wenn man die extrabudgetäre Vergütung herausrechne, betrage die Minderung durchschnittlich 23,26 Prozent, obwohl die Fallzahl des Klägers von 450 im Durchschnitt der Quartale 1/2009 bis 2/2010 auf 484 im Durchschnitt der Quartale 3/2010 bis 4/2011 gestiegen sei. Die Zahl der Leistungen nach GOP 01510 EBM sei nahezu konstant geblieben. Obwohl die Gesamtfallzahl des Klägers leicht gestiegen und die QZV-Fälle konstant geblieben seien, sei die Vergütung deutlich gesunken. Auch die Leistungsanforderungen aller Hämatologen und Onkologen seien konstant geblieben. Dies belege, dass die RLV und QZV völlig falsch berechnet worden seien, sofern nicht der Anteil der Onkologen/Hämatologen an der Gesamtvergütung im Zuge der Umstellung der Honorarverteilung deutlich vermindert worden sei, ohne dies offen zu legen. Eine Zustimmung zur Bildung der streitigen QZV für die praxisklinische Betreuung habe es seitens des Berufsverbandes nie gegeben. Die Anzahl der vom Kläger erbrachten Leistungen nach der GOP 01510 und 01511 seien im Durchschnitt der Quartale 3/2010 bis 4/2011 im Vergleich zu den Vorquartalen 1/2009 bis 2/2010 gesunken, so dass keine Mengenausweitung vorliege, die das Überschreiten des QZV erklären könne. Ob der Kläger eine geringere Anzahl praxisklinischer Leistungen als der Durchschnitt der Fachgruppe erbracht habe, könne nur bei Vorlage der Anzahlstatistiken für die Quartale 1/2009 bis 4/2010 überprüft werden. Die plötzlichen Honorarverluste des Klägers ab dem Quartal 3/2010 könnten nicht mit dem Anstieg der Psychotherapieleistungen erklärt werden. Auch Schätzungsfehler im Zeitraum bis zum Quartal 2/2010 seien hierzu nicht geeignet. Die vom Kläger erbrachten und abgerechneten Leistungen nach den GOP 01510 und 10511 seien im Jahr 2010 im Vergleich zum Jahr 2008 nicht gestiegen, vielmehr habe eine Verlagerung von der GOP 01511 zur GOP 01510 stattgefunden, so dass der Kläger zusammen weniger Honorar angefordert habe.

Mit Bescheid vom 27.03.2013 hat die Beklagte eine Anpassung der QZV aufgrund einer Praxisbesonderheit im Bereich der Praxisklinischen Betreuungen 2h und 4h für die Quartale 3/2010 bis 2/2012 vorgenommen. Es sei festgestellt worden, dass die Anforderung deutlich über dem Durchschnitt der Fachgruppe liege und einen hohen Anteil der insgesamt abgerechneten Leistungen ausmache. Das Honorar sei unter Anwendung der fachgruppenspezifischen Budgetierungsquote neu berechnet worden. Im Quartal 3/2010 ergab sich bei einer Vergütungsquote des Klägers im QZV Praxisklinische Betreuung 2h von 55 Prozent im Vergleich zur Quote der Arztgruppe von 77 Prozent eine Gutschrift in Höhe von 4.411,82 EUR. Im Quartal 4/2010 ergab sich bei einer Vergütungsquote des Klägers im QZV Praxisklinische Betreuung 2h von 62 Prozent im Vergleich zur Quote der Arztgruppe von 81 Prozent eine Gutschrift in Höhe von 3.155,50 EUR. Der Kläger

hat mit Schriftsatz vom 04.12.2013 mitgeteilt, er habe gegen den Bescheid Widerspruch erhoben. Die Nachvergütungen seien nicht geeignet, die beklagten Honorarverluste auszugleichen.

Der Kläger beantragt,

die Honorarabrechnung der Beklagten für das Quartal 3/2010 vom 03.03.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.11.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte trägt im Wesentlichen vor, die Leistungen nach den GOP 01510 bis 01512 EBM seien bis zum Quartal 2/2010 extrabudgetär, ab dem Quartal 3/2010 aber innerhalb der geänderten RLV/QZV-Systematik zu vergüten gewesen. Ziffer 2 der Anlage 3 zum Beschluss Teil F des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 habe den Partnern der Gesamtverträge die Möglichkeit eröffnet, QZV für weitere Leistungen zu vereinbaren. In Abstimmung mit dem zuständigen Berufsverband sei ab dem Quartal 3/2010 eine Zuordnung praxisklinischer Leistungen nach den GOP 01510, 01511 und 01512 EBM zum QZV-Bereich erfolgt. Die Kostenpauschalen im Sinne von Anhang 2, Teil B der Onkologie Vereinbarung (Nrn. 86510, 86512, 86514, 86516, 86518) würden weiterhin unbudgetiert vergütet. Mit diesen Pauschalen seien alle in der Onkologie-Vereinbarung genannten Erfordernisse und auch die ärztliche Leistung abgegolten. Der EBM sehe keine Differenzierung der individuell erreichten Qualität bei der Leistungserbringung vor, sondern gehe von einer Mindestqualität der legendengerecht erbrachten Leistung aus. Weitergehende Qualitätserfordernisse fänden sich lediglich in entsprechenden regionalen oder überregionalen Vereinbarungen wie beispielsweise der hier maßgeblichen Onkologie-Vereinbarung und seien durch das dort vereinbarte Entgelt abgebildet. Die Teilnahme sei eine unternehmerische Entscheidung des Arztes. Ursache des Rückgangs des Honorars des Klägers sei unter anderem, dass der Kläger deutlich weniger Leistungen im unbudgetierten Bereich der Leistungen nach der Onkologie-Vereinbarung erbracht habe. Zudem habe er im streitgegenständlichen Quartal eine höhere Anzahl mindestens zwei- und sechsständiger praxisklinischer Leistungen und eine etwas geringere Anzahl von Leistungen der mindestens vierständigen praxisklinischen Leistungen als in der Vergangenheit erbracht. Es gebe keine Anhaltspunkte für Berechnungsfehler hinsichtlich der RLV/QZV-Fallwerte. Die verschlechterte Vergütungssituation ab dem Quartal 3/2010 sei bedingt gewesen durch verschiedene Faktoren. So seien die aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzierenden antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapieleistungen kontinuierlich gestiegen. Nach der Berechnungsmethodik der Beschlüsse des Bewertungsausschusses seien bei Berechnung der RLV der angeforderte Leistungsbedarfs des Vorjahresquartals und die Fallzahlen des Vorjahresquartals maßgeblich gewesen, was bei steigenden Fallzahlen zu einer Verringerung der Fallwerte geführt habe. Zudem sei bis 30.06.2008 keine eindeutige Zuordnung des Leistungsbedarfs von fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften wegen der erst zum 01.07.2008 eingeführten lebenslangen arztbezogenen Nummer (LANR) möglich gewesen, so dass es bis 30.06.2008 nur Schätzungen des Leistungsbedarfs gegeben habe. Aufgrund der unterschiedlichen Ermittlungsmethoden des maßgeblichen Leistungsbedarfs sei es wahrscheinlich zu Abweichungen gekommen. Hinsichtlich der Vergütung für die GOP 01510 lasse sich feststellen, dass der Kläger sukzessiv ansteigende Leistungszahlen erbracht habe. Die steigende Fallzahl des Klägers und der gesamten Arztgruppe ergebe sich daraus, dass diese Leistungen zunehmend im Rahmen ambulanter Betreuung in Anspruch genommen worden seien. Die RLV-Fallwerte der streitigen Quartale 3/2010 und 4/2010 seien nicht mit denjenigen der Quartale 1/2009 bis 2/2010 vergleichbar, da die RLV ab dem Quartal 3/2010 um die QZV-Leistungen bereinigt worden seien. Die Honoraranforderungen des Klägers im Bereich der GOP 01510, 01511 und 01512 für das Jahr 2010 seien geringer als für das Jahr 2008. Im Falle geringerer Honoraranforderung ergäben sich Unterschiede durch die arztindividuelle Budgetierungsquote. Bei hoher Überschreitung in der Vergangenheit wirkten sich aktuell geringere Honoraranforderungen weniger stark aus als bei geringen oder gar keinen Überschreitungen in der Vergangenheit, wie dies beim Kläger der Fall gewesen sei. Insgesamt sei die entstandene Honorarentwicklung nicht derart negativ, dass die Beklagte verpflichtet gewesen wäre, zugunsten des Klägers stützend einzugreifen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Prozessakte der Kammer und der Verwaltungsakte des Beklagten, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung der Kammer gewesen sind, sowie auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 31.07.2015 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage hat keinen Erfolg.

I. Die Klage ist zulässig. Der Zulässigkeit steht vorliegend insbesondere nicht entgegen, dass der gesondert anfechtbare Bescheid über die Zuweisung des RLV und der QZV für das Quartal 3/2010 vom 02.06.2010 bestandskräftig geworden ist. Angefochten ist in diesem Verfahren der Honorarbescheid vom 03.03.2011, der das zuvor zugewiesene RLV und die QZV Praxisklinische Betreuung zutreffend berücksichtigt hat. Doch führen vorliegend Vertrauensschutzgesichtspunkte dazu, dass im Klageverfahren gegen den isoliert angefochtenen Honorarbescheid die bestandskräftige Festsetzung und Zuweisung des RLV und der QZV Praxisklinische Betreuung zu überprüfen ist. Denn die Beklagte hat in ihrer ständigen Verwaltungspraxis – seit 2009 und auch im streitbefangenen Quartal – die Prüfung der Festsetzung des RLV im Widerspruchsverfahren gegen den Honorarbescheid nicht von der Anfechtung des Bescheides über die Zuweisung des RLV abhängig gemacht und hierauf in Informationsschreiben hingewiesen, so dass die Bindungswirkung des Zuweisungsbescheides dem Kläger nicht entgegengehalten werden (vgl. LSG Hamburg, Urteil vom 25.02.2015, L 5 KA 61/13, juris Rn. 17 f.). Der Streit um die Rechtmäßigkeit der Höhe der durch gesonderten und bestandskräftig gewordenen Bescheid festgesetzten RLV/QZV kann deshalb hier im Streit um die Rechtmäßigkeit der Höhe des durch gesonderten und hier streitbefangenen Bescheid abgerechneten Honorars geführt werden.

II. Die Klage ist unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 03.03.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.11.2011 ist – soweit er in diesem Klageverfahren zu überprüfen ist – rechtlich nicht zu beanstanden und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Die Bescheide stehen in Einklang mit dem ihnen zugrunde liegenden Verteilungsmaßstab (VM) nach § 85 Abs. 4 Satz 2 in Verbindung mit § 87b SGB V vom 23.04.2010, der im Quartal 3/2010 galt, den diesem VM zugrunde liegenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 und den gesetzlichen Vorgaben für die Honorarverteilung.

1. Nach § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V in der vom 01.07.2008 bis 22.09.2011 geltenden Fassung werden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 01.01.2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V vergütet. Dieser Vergütung zugrunde liegt die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V). Nach § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V in der genannten Fassung sind zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen. Ein RLV in diesem Sinne ist nach § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. Abweichend von § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V ist die das RLV überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten (§ 87b Abs. 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V). Nach § 87b Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V in der genannten Fassung sind die Werte für die RLV nach § 87b Abs. 2 SGB V morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen. Der Bewertungsausschuss bestimmt nach § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V in der genannten Fassung erstmalig bis zum 31.08.2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten.

2. Diese gesetzlichen Vorgaben werden im streitigen Quartal vom Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26.03.2010 umgesetzt. Nach Ziffer 2.1 des Abschnitts I i.V.m. Anlage 2 kommen für die Arztgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie, der der Kläger angehört, RLV zur Anwendung. Die Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531) sind nach den Bestimmungen des Beschlusses innerhalb der RLV zu vergüten. Diese Einbeziehung ist zum hier streitigen Quartal 3/2010 erfolgt und ist nicht zu beanstanden. Die vom Kläger in diesem Verfahren beanstandete Budgetierung der Vergütung der Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge entsteht nicht erst durch die Einführung entsprechender QZV, sondern folgt bereits aus dieser vom Bewertungsausschuss vorgesehenen neuen Vergütungsstruktur, nach der eine weitgehende Einbeziehung der bisher außerhalb der RLV zu vergütenden sogenannten freien Leistungen in die RLV vorgegeben war.

a. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27./28.08.2008 regelte in Teil F, Ziffer 2.2 i.V.m. Anlage 2 Ziffer 2 b., dass die Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531) nicht dem RLV unterlagen. Die Vergütungen des Jahres 2007 für diese Leistungen waren vom RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs abzuziehen. Die Leistungen wurden somit innerhalb der MGV für den Bereich der Fachärzte, aber außerhalb der RLV vergütet. Dies war auch bis einschließlich zum Quartal 2/2010, das den hier streitigen Quartalen vorausging, unter Geltung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 199. Sitzung am 22.09.2009 unverändert der Fall.

b. Für den streitbefangenen Zeitraum hat der Bewertungsausschuss in seiner 218. Sitzung am 26.03.2010 einen Beschluss mit Wirkung vom 01.07.2010 gefasst. Teil F enthält den Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V. Abschnitt I des Teils F enthält Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV. Ein Abzug von Leistungen der praxisklinischen Betreuung und Nachsorge nach den GOP 01510 bis 01531 ist nicht mehr vorgesehen. Diese Leistungen unterfallen damit grundsätzlich den RLV.

c. Diese im Streitgegenständlichen Quartal gültigen Regelungen des Bewertungsausschusses stehen im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben und sind auch im Übrigen mit höherrangigem Recht vereinbar. Dem Bewertungsausschuss als Normgeber steht bei der Erfüllung des ihm übertragenen Regelungsauftrags ein Gestaltungsspielraum zu. Welches Maß an Gestaltungsfreiheit dem Bewertungsausschuss zukommt, ist nach der Wesensart der Ermächtigungsvorschrift und der ihr zugrunde liegenden Zielsetzung zu bestimmen (zum Spielraum des Bewertungsausschusses vgl. BSG 21.03.2012 – B 6 KA 21/11 R, SozR 4-2500 § 87a Nr. 1, juris Rn. 40). Im Zusammenhang mit der Festlegung von RLV bezieht sich der Gestaltungsspielraum auch auf die Entscheidung, für welche Arztgruppen RLV vorgesehen werden und für welche nicht und ob und wenn ja welche Leistungen außerhalb der RLV vergütet werden. Die Gestaltungsfreiheit des Bewertungsausschusses ist allerdings durch das Gebot der Gleichbehandlung gemäß Art 3 Abs. 1 GG begrenzt. Er darf nicht willkürlich einige Arztgruppen einbeziehen und andere unberücksichtigt lassen. Vielmehr sind Ungleichbehandlungen nur insoweit zulässig, als sie durch sachliche Gründe gerechtfertigt sind (vgl. BSG, Urteil vom 03.02.2010 – B 6 KA 31/08 R, juris Rn. 26 ff.).

aa. Der Bewertungsausschuss hat seinen Gestaltungsspielraum vorliegend durch die Einbeziehung der Leistungen der ambulanten praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531) in die RLV für die Arztgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie RLV nicht überschritten. Die RLV dienen nach § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V der Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Arztes und der Arztpraxis. Sie sollen auf der anderen Seite die Kalkulationssicherheit der Ärzte hinsichtlich ihrer Praxisumsätze und -einkommen erhöhen. Durch die Vergütung der den Grenzwert überschreitenden Leistungen mit abgestaffelten Punktwerten soll zum einen der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung getragen und zum anderen der ökonomische Anreiz zur übermäßigen Leistungsausweitung begrenzt werden (BSG, Urt. v. 09.05.2012, B 6 KA 30/11 R, Rn. 25 unter Hinweis auf die Gesetzesmaterialien).

bb. Eine willkürliche Ungleichbehandlung gegenüber der Fachgruppe der Strahlentherapeuten liegt nicht vor. Leistungen der Strahlentherapie wurden gemäß Ziffer 2.2 Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 i.V.m. Ziffer 1.3 in Teil B und Ziffer 2.3 Ziffer 2 in Teil A des Beschlusses vom 02.09.2009 i.V.m. Ziffer 1.2 in Teil A des Beschlusses vom 27./28.08.2008 im streitigen Zeitraum außerhalb des morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Für diese Ungleichbehandlung bestanden indessen sachliche Gründe, denn im sehr speziellen Bereich der Strahlentherapie besteht nur eine geringe Gefahr der Leistungs- und Mengenausweitung, da nur wenige spezifische Leistungen auf Überweisung erbracht werden.

cc. Auch soweit der Kläger geltend macht, er werde gegenüber anderen Ärzten seiner Fachgruppe, die nicht in seinem Schwerpunkt tätig seien und nicht an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen benachteiligt, ist kein Verstoß gegen Art. 3 GG feststellbar. Der Kläger rügt damit eine willkürliche Gleichbehandlung. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 differenziert jedoch gerade in Anlage 2 für die Arztgruppe der Fachärzte für Innere Medizin, der der Kläger angehört, zwischen Fachärzten ohne Schwerpunkt und Fachärzten in den verschiedenen (Versorgungs-) Schwerpunkten, so dass eine willkürliche Gleichbehandlung nicht ersichtlich ist. Eine willkürliche

Gleichbehandlung ist auch nicht gegenüber den Ärzten der Arztgruppe des Klägers erkennbar, die nicht an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen. Denn nach § 9 i.V.m. Anhang 2, Teil A der Onkologie-Vereinbarung werden dem onkologisch qualifizierten Arzt zur Erstattung des besonderen Aufwands, welcher durch die onkologische Betreuung der Patienten nach Maßgabe der Vereinbarung anfällt, zusätzliche Kosten nach den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516 und 86518 erstattet. Die Finanzierung der Kostenerstattung nach diesen Pauschalen erfolgt gem. Teil C Ziffer 1 der Onkologie-Vereinbarung und Teil F Abschnitt I, Ziffer 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 außerhalb der MGV. Da dies eine gesonderte Vergütung für die Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung darstellt, war eine weitere Differenzierung innerhalb der Arztgruppe des Klägers im Rahmen der allgemeinen Vergütungssystematik unter Gleichbehandlungsaspekten nicht zwingend.

dd. An der Rechtmäßigkeit ändert sich auch nichts dadurch, dass die Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531) bis einschließlich zum Quartal 2/2010 nicht dem RLV zugeordnet waren. Denn es gibt keinen Vertrauensschutz dahingehend, dass die betreffenden Regelungen unverändert bleiben. Im Gegenteil geht aus § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V in der im streitigen Zeitraum geltenden Fassung hervor, dass der Bewertungsausschuss das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten erstmalig bis zum 31.08.2008 bestimmt. Hieraus ergibt sich, dass dem Bewertungsausschuss die laufende Anpassung der Regelungen aufgegeben ist, was ein schützenswertes Vertrauen auf den status quo ausschließt.

ee. Eine Vergütung der Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge außerhalb der RLV ist auch mit Blick auf § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V nicht zwingend. Danach können vertragsärztliche Leistungen außerhalb der RLV vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung notwendig ist. Diese Entscheidung hat der Bewertungsausschuss in Abschnitt I Ziffer 2.3 des Beschlusses vom 26.03.2010 in das Ermessen der Partner der Gesamtverträge gestellt. Dass die Gesamtvertragspartner von dieser Ermächtigung im Hinblick auf die Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge keinen Gebrauch gemacht haben, ist nicht zu beanstanden. Bei der Ausgestaltung des Verteilungsmaßstabes haben die Vertragspartner, abgesehen von der Bindung an höherrangiges Recht, eine weitgehende Gestaltungsfreiheit (BSG, Urteil vom 10.12.2003, B 6 KA 54/02 R, juris Rn. 13). Vor dem Hintergrund der gesetzgeberischen Intention der Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit einerseits und der Erhöhung der Kalkulationssicherheit der Ärzte andererseits ist erkennbar, dass eine möglichst weitgehende Zuordnung der Leistungen zu den RLV beabsichtigt und erforderlich ist. Der Bewertungsausschuss hat nach den nachvollziehbaren Schilderungen der Beklagten in der mündlichen Verhandlung mit der Einbeziehung der vormals im Wege des Vorwegabzuges außerhalb der RLV vergüteten Leistungen auf eine Mengenentwicklung reagiert, die dazu führte, dass der Honoraranteil für nicht budgetierte Leistungsbereiche zu Lasten des Honoraranteils für durch die RLV budgetierte Leistungsbereiche vergrößert wurde. Diese Einbeziehung diente damit der Stabilisierung der RLV und rechtfertigt eine weitestgehende Gleichbehandlung der Arztgruppen und Leistungen. Hieran ändert sich nichts unter Berücksichtigung des Vortrages des Klägers, eine Mengensteuerung sei bei Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge verfehlt, da er die Therapie nur in einem sehr engen Zeitraum terminlich steuern könne. Denn es entspricht dem Wesen des Gesundheitssystems, dass ein beachtlicher Teil des Behandlungsanfalls keiner oder nur geringer zeitlicher Disposition unterliegt. Es sind keine Besonderheiten von solchem Gewicht ersichtlich, dass ausschließlich eine Vergütung der Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge außerhalb der RLV/QZV rechtmäßig wäre.

3. Die Regelungen des Bewertungsausschusses sind vermittelt durch die ihrerseits im Einklang mit höherrangigem Recht stehenden Vorschriften des VM – soweit sie hier zu überprüfen waren – auch im Übrigen zutreffend auf den Kläger angewandt worden.

a. Nach Ziffer 2.1 des Abschnitts I kommen QZV für die in Anlage 3 aufgeführten, ggf. im Gesamtvertrag modifizierten Arztgruppen und Leistungen, zur Anwendung. In Anlage 3 sind QZV für die Arztgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie, der der Klägers angehört, vorgesehen. Ziffer 2.1 des Abschnitts I sieht vor, dass die Partner der Gesamtverträge Zusammenfassungen von QZV in der Anlage 3 auch mit den RLV sowie QZV für weitere Leistungen und Arztgruppen vereinbaren können.

b. Ziffer 2.6 des Abschnitts I betrifft die für RLV und QZV relevanten Fälle. Für RLV und QZV sind danach kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV relevant, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß 2.2 und 2.5 nicht den RLV und QZV unterliegen, abgerechnet werden.

c. Ziffer 3 des Abschnitts I betrifft die Festsetzung der RLV und QZV. Ziffer 3.1.1 und 3.1.2 regeln als Ausgangsgrößen das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen und das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen. Das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen wird auf die entsprechenden Arztgruppen verteilt und es entsteht hieraus das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen, das Ziffer 3.1.3 regelt. Dieses arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird auf die arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV und der QZV aufgeteilt (Ziffer 3.1.4). Die Ermittlung der RLV je Arzt ist Regelungsgegenstand von Ziffer 3.2. Maßgeblich ist nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses für die Höhe des RLV eines Arztes die Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß Anlage 7 und der RLV-Fallzahl des Arztes gemäß Ziffer 2.6 im Vorjahresquartal.

d. Ziffer 3.3 des Abschnitts I betrifft die Ermittlung der QZV je Arzt. Dort sind die Voraussetzungen geregelt, unter denen ein Arzt Anspruch auf ein QZV hat. Die Berechnung der QZV erfolgt grundsätzlich je Arzt oder je Fall gemäß Anlage 8. Der Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV wird nach Ziffer 1 der Anlage 8 in einem dort näher festgelegten Verfahren auf die QZV aufgeteilt. Die von der Beklagten für die Fachgruppe des Klägers praktizierte Berechnung und Zuweisung der QZV je Leistungsfall richtet sich nach Ziffer 2.2. Ein Leistungsfall liegt danach vor, sofern im Behandlungsfall des Vorjahresquartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV abgerechnet worden ist.

e. Nach Abschnitt III Ziffer 2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses erfolgt die konkrete Ermittlung der arztgruppenspezifischen Fallwerte für die Festlegung der arzt- und praxisbezogenen RLV, deren arzt- und praxisbezogene Zuweisung und die praxisbezogene Zuweisung der QZV in den Spalten 2 der Tabellen 1, 2A (hausärztlicher Versorgungsbereich) und 2B, 3 bis 5 der Tabelle 3A, 3 bis 6 der Tabelle 3B und 1 bis 7 der Tabelle 4 der Anlage 9 zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010. Dort sind detaillierte

Vorgaben für die einzelnen Berechnungselemente enthalten.

4. Die vorbeschriebenen gesetzlichen Vorgaben und Regelungen des Bewertungsausschusses sind durch den zwischen der Beklagten und den H. Gesamtvertragspartnern auf Krankenkassenseite geschlossenen VM umgesetzt worden.

a. Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 des im streitigen Quartal gültigen, zwischen der Beklagten und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbarten Verteilungsmaßstabes vom 23.04.2010 ist Ausgangsgröße der Honorarverteilung die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende MGW. Diese Ausgangsgröße wird unter Abzug im Einzelnen genannter Vergütungsbereiche auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich verteilt (§ 2 Abs. 1 Satz 2). Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird als weitere Größe nach § 2 Abs. 2 unter Berücksichtigung im Einzelnen genannter Abzugsposten das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gebildet. Dieses wird unter anderem auf die entsprechenden Arztgruppen gemäß der Arztgruppenliste der Beklagten aufgeteilt und es entsteht so jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen (§ 2 Abs. 3). Dieses wird auf die arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV und innerhalb des QZV aufgeteilt (§ 2 Abs. 7). Für die Vergütung von Leistungen, die den zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit (§ 87b SGB V) zu ermittelnden RLV und/oder den QZV unterliegen, gilt nach § 2 Abs. 8 VM dessen Anlage A. Bezug genommen wird in § 2 VM jeweils auf die Maßgabe der Beschlüsse des EBA, d. h. nach § 1 Abs. 2 VM die jeweils aktuellen Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses gemäß §§ 87 und 87a bis 87c SGB V. Gemäß § 4 Abs. 7 Satz 2 und Satz 3 VM sind sich die Partner der Vereinbarung einig, dass die Kalkulation der Vorwegabzüge, die Kalkulation der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen, der Etablierung eines Verfahrens bei der Berechnung des RLV für Arztgruppen mit kleinen Besetzungszahlen, die Fortentwicklung der Arztgruppensystematik und die Ausgestaltung der QZV der Beklagten obliegt, die eine entsprechende Arztgruppenliste und QZV-Liste veröffentlicht. In der Anlage A zum VM enthält § 7 die Grundsätze der Ermittlung und Abrechnung von RLV und QZV. Die Ausgangsgröße für RLV und QZV ist nach § 7 Abs. 1 Satz 2 die vorhersehbare MGW des jeweiligen Quartals gemäß der jeweils gültigen Honorarvereinbarung. Nach § 7 Abs. 2 kommen RLV für Arztgruppen gemäß der Regelung der KV H. (Arztgruppenliste) und QZV gemäß der Regelung der KV H. (QZV-Liste) aufgeführte Arztgruppen und Leistungsbereiche zur Anwendung. Die Berechnung der QZV erfolgt nach § 7 Abs. 3 gemäß Anlage 8 der Beschlüsse des EBA. Dabei wird die Art des QZV (RLV-fallbezogen, leistungsfallbezogen oder arztbezogen) entsprechend in der QZV-Liste ausgewiesen. Nach § 7 Abs. 4 sind QZV nach Anlage 3 zu Beschluss Teil F der Beschlüsse des EBA, die nicht in der QZV-Liste aufgeführt sind, mit den RLV für Arztgruppen nach der Arztgruppenliste entsprechend Ziffer 2.1 Absatz 2 und Ziffer 3.3 Absatz 3 des Beschlusses Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA zusammengefasst.

b. Mit diesen Regelungen sind die dargestellten bundesrechtlichen Vorgaben auf regionaler Ebene umgesetzt worden. Bei der Ausgestaltung des VM haben die Vertragspartner, abgesehen von der Bindung an höherrangiges Recht, eine weitgehende Gestaltungsfreiheit.

Die QZV-Liste sieht für die Arztgruppe des Klägers leistungsfallbezogene QZV für Gastroenterologie I, Psychosomatik, Praxisklinische Betreuung 2h, Praxisklinische Betreuung 4h, Praxisklinische Betreuung 6h und Transfusionen vor. In der QZV-Liste wurde damit abweichend von Anlage 3 zum Beschluss Teil F für die Arztgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie keine QZV für Dringende Besuche, Labor-Grundpauschale, Schmerztherapeutische Grundversorgung, Übende Verfahren, Sonographie II, Sonographie III, Teilradiologie, Ulcus cruris, CVI, Unvorhergesehene Inanspruchnahme und Verordnung medizinischer Rehabilitation vorgesehen. Diese QZV sind nach § 7 Abs. 4 der Anlage A des VM mit den RLV der Arztgruppe zusammengefasst. Dies entspricht der Regelung in Abschnitt I Ziffer 2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses. Soweit über die in Anlage 3 zum Beschluss Teil F für die Arztgruppe vorgesehenen QZV weitere QZV, namentlich für Praxisklinische Betreuung 2h, Praxisklinische Betreuung 4h, Praxisklinische Betreuung 6h und Transfusionen vorgesehen sind, ist auch dies nach den Vorgaben von Abschnitt I Ziffer 2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vorgesehen, der den Gesamtvertragspartnern ausdrücklich den Spielraum einräumt, QZV für weitere Leistungen und Arztgruppen zu vereinbaren.

c. Der VM sieht auf Antrag Korrekturmöglichkeiten bei Fallzahlerhöhungen aus besonderen Gründen, zur Anpassung des RLV in Fällen von Praxisbesonderheiten und zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste vor (§ 8 der Anlage A zum VM). Der VM bietet so Raum auch für eine abweichende Anwendung seiner honorarbegrenzenden wirkenden Regelungen in den benannten Fällen; darüber hinaus besteht die durch die Rechtsprechung anerkannte Möglichkeit zur Reaktion auch auf unbenannte Härten in Ausnahmefällen (vgl. dazu BSG 8.2.2012 – B 6 KA 14/11 R, SozR 4-2500 § 85 Nr. 69, juris Rn. 25; BSG 29.6.2011 – B 6 KA 17/10 R, SozR 4-2500 § 85 Nr. 66, juris Rn. 29). Ein Antrag auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten ist vom Kläger auch gestellt worden. Die hierauf ergangene Entscheidung der Beklagten mit Bescheid vom 13.09.2011, ersetzt durch Bescheid 27.03.2013, mit dem die Beklagte eine Anpassung der QZV aufgrund einer Praxisbesonderheit im Bereich der Praxisklinischen Betreuungen 2h und 4h für die Quartale 3/2010 bis 2/2012 vorgenommen hat, ist jedoch nicht Gegenstand dieses Klageverfahrens. Vielmehr ist insoweit ein gesondertes Widerspruchsverfahren durchgeführt worden und inzwischen ein Klageverfahren unter dem Aktenzeichen S 3 KA 243/15 anhängig. Daher war auch der Frage, ob die Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung wie vom Kläger vorgetragen für sich genommen eine Praxisbesonderheit darstellt, in diesem Verfahren nicht weiter nachzugehen.

5. Dass das RLV und die streitigen QZV hier nicht im Einklang mit den dargestellten Vorgaben steht oder sonst rechnerisch falsch ermittelt worden ist, ist nicht ersichtlich. Insbesondere teilt die Kammer die Auffassung des Klägers nicht, dass aus der Vergütungshöhe im Verhältnis zur Entwicklung der Leistungsanforderung unmittelbar der Rückschluss möglich ist, dass die Berechnung der RLV/QZV fehlerhaft sei oder gar der Vergütungsanteil der Arztgruppe verkleinert worden sein müsse. Zum Quartal 3/2010 ist es vielmehr zu einer grundlegenden Änderung der Honorarverteilung gekommen. In deren Zuge wurden einerseits vormals unbudgetiert vergütete Leistungen, für den Kläger besonders relevant die hier streitigen Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge, in die RLV einbezogen und somit einer Budgetierung unterworfen. Andererseits wurden zur Stabilisierung der RLV-Fallwerte Leistungsbereiche, die vormals in das RLV der Arztgruppe einbezogen waren, in die QZV ausgliedert. Das RLV-Vergütungsvolumen wurde entsprechend bereinigt, was im Ergebnis ein Absinken des RLV-Fallwerts zur Folge hatte. Diese nachvollziehbaren Effekte sind von der Beklagten insbesondere im Schriftsatz vom 20.10.2014 und in der mündlichen Verhandlung näher dargelegt und vom Kläger nicht grundsätzlich in Frage gestellt worden.

6. Der Kläger kann auch keinen Anspruch auf höheres Honorar nach § 72 Abs. 2 SGB V oder nach dem aus Art 12 Abs. 1 i.V.m. Art 3 GG abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ableiten. Der einzelne Vertragsarzt hat keinen Anspruch auf eine bestimmte Honorarhöhe. Ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar aus § 72 Abs. 2 SGB V kommt erst dann in Betracht,

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 Vertragsärzte gefährdet wird. Auch unmittelbar aus Art. 12 Abs. 1 GG ergibt sich kein weitergehender Vergütungsanspruch. Denn in diesem Zusammenhang ist ein Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen der Vertragsärzte und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten vorzunehmen. Dieser Ausgleich ist erst dann nicht mehr verhältnismäßig, wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 - B 6 KA 44/03 R). Diese Voraussetzungen sind im Streitfall nicht erkennbar und werden von dem Kläger auch nicht behauptet.

Nach allem war die Beklagte nicht zur Neubescheidung des Honoraranspruchs des Klägers zu verpflichten.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes in Verbindung mit § 154 Abs. 1 der Verwaltungsgerichtsordnung. Der Streitwert wurde nach § 52 Gerichtskostengesetz (GKG) festgesetzt. Auch wenn der Prozessbevollmächtigte des Klägers in der mündlichen Verhandlung angegeben hat, das wirtschaftliche Interesse des Klägers am Prozess sei die vollständig unbudgetierte Vergütung der Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge, bietet der Sach- und Streitstand aufgrund der dargestellten unmittelbaren Wechselwirkungen zwischen den dann innerhalb der MGV zu vergütenden freien Leistungen und den RLV/QZV-Fallwerten keine genügenden Anhaltspunkte für die Bestimmung des Streitwerts. Daher war nach § 52 Abs. 2 GKG ein Streitwert von 5.000 EUR anzunehmen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2019-03-07