

## S 16 KA 137/10

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
SG Dortmund (NRW)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
16  
1. Instanz  
SG Dortmund (NRW)  
Aktenzeichen  
S 16 KA 137/10  
Datum  
19.02.2014  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Die Klage wird abgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Tatbestand:

Streitig ist der Bescheid, mit dem die Beklagte dem Kläger das praxisbezogene Regelleistungsvolumen (RLV) für das Quartal I/2009 zugewiesen hat.

Der Kläger ist Facharzt für Allgemeinmedizin und nimmt seit 01.01.1994 in Münster als Hausarzt an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Mit Bescheid vom 28.11.2008 wies die Beklagte ihm für das Quartal I/2009 ein praxisbezogenes RLV in Höhe von 31.906,74 EUR zu. Der Betrag errechnet sich als Produkt der RLV-relevanten Fallzahl des Klägers aus dem Vorjahresquartal (1070), dem RLV-Fallwert für die Arztgruppe der Hausärzte (32,43 EUR) und dem nach den Daten des Vorjahresquartals bemessenen Morbiditätsfaktor der Praxis (0,9195). Gleichzeitig setzte die Beklagte einen Umsatzkorridor fest.

Gegen diesen Bescheid legte der Kläger am 03.12.2008 Widerspruch ein. Er machte geltend, dass der Bescheid keinen direkten Vergleich mit seinem Honorar für das Quartal I/2008 ermögliche. Der der Berechnung zugrunde liegende EBM entspreche nicht den Intentionen des Gesetzgebers.

Am 31.08.2009 legte er auch gegen den Abrechnungsbescheid für das Quartal I/2009 vom 18.08.2009 Widerspruch ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 29.04.2010 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen den Zuweisungsbescheid zurück. Sie stellte die Grundzüge der zum 01.01.2009 in Kraft getretenen Honorarreform dar und setzte sich mit den häufigsten Einwänden der Ärzteschaft gegen die Rechtmäßigkeit der Reform auseinander. Abschließend wies sie darauf hin, dass Anträge auf Ausnahmeregelungen nach Ziffern 4.3.1, 4.4.1, 4.4.2, 4.4.3b und 4.5 als eigenständige Verfahren bearbeitet würden und nicht Gegenstand dieses Widerspruchsbescheides seien.

Dieser Widerspruchsbescheid wurde dem Kläger am 30.04.2010 zugestellt. Daraufhin hat der Kläger am 17.05.2010 die vorliegende Klage erhoben. Zur Begründung führt er aus: Der zugrunde gelegte Morbiditätsfaktor berücksichtige gerade nicht die tatsächliche Morbidität seiner Patienten. Obwohl er überdurchschnittlich viele chronisch kranke Patienten behandle, sei der Morbiditätsfaktor mit weniger als 1 festgesetzt worden. Mit seiner Formel zur Berechnung der Morbidität habe sich der (Erweiterte) Bewertungsausschuss nicht an die gesetzgeberischen Vorgaben gehalten, nach denen die Morbidität nicht nur nach dem Kriterium Alter, sondern auch nach dem Geschlecht abzubilden sei. Außerdem verstießen die großen Unterschiede in der Höhe der Fallwerte für Hausärzte, die von 32,43 EUR in Westfalen-Lippe bis 44,39 EUR in Niedersachsen reichten, gegen den Gleichheitsgrundsatz. Den Behandlungsbedarf habe der Bewertungsausschuss rechtswidrig auf der Basis der vier Quartale des Jahres 2007 ermittelt. Zu Unrecht habe er auch keine Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur festgelegt. Insoweit hätten jedenfalls die regionalen Vertragspartner von ihren Verhandlungsmöglichkeiten Gebrauch machen müssen. Die Beklagte führe wegen der von ihr angenommenen Benachteiligung bei der Festlegung der Honorarverteilungsquote einen Rechtsstreit gegen die KBV.

Der Kläger beantragt,

den Zuweisungsbescheid für das Quartal I/2009 vom 28.11.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.04.2010 aufzuheben

und die Beklagte zu verurteilen, das RLV für dieses Quartal unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie führt aus, dass sie mit den angefochtenen Bescheiden die gesetzlichen Vorgaben und die diesbzgl. Beschlüsse des Bewertungsausschusses zutreffend umgesetzt habe. Der Kläger habe ausweislich der Abrechnungshäufigkeit in I/2009 in 44,16 % seiner Fälle und damit nur um 0,11 % häufiger als die Fachgruppe den Chronikerzuschlag nach GOP 03212 abgerechnet. Der niedrigere Fallwert im Bereich der Beklagten erkläre sich aus den hohen Fallzahlen der Vergangenheit. Eine Einigung der regionalen Vertragspartner über Zuschläge auf den Orientierungswert sei wegen konträrer Vorstellungen nicht zustande gekommen. Das Verfahren der Beklagten gegen die KBV (SG Berlin S 79 KA 527/10) betreffe die HVV-Quote 2010 und sei derzeit in der Berufungsinstanz anhängig. Im Übrigen habe sich das Honorar des Klägers seit der Honorarreform kontinuierlich gesteigert.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen; diese Akten sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt (vgl. § 12 Abs. 3 Satz 2 des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -).

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage im Sinne des § 54 Abs. 1 SGG zulässig. Die Klage ist jedoch nicht begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neufestsetzung seines RLV für das Quartal I/2009. Denn der angefochtene Zuweisungsbescheid ist rechtmäßig.

Er findet seine Rechtsgrundlage in der zum 01.01.2009 in Kraft getretenen Vereinbarung über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen auf der Grundlage der regionalen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit Regelleistungsvolumina - RLVV-, mit der die Beklagte und ihre Vertragspartner auf regionaler Ebene die insoweit auf Bundesebene gefassten Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses umgesetzt haben.

Die Zuweisung des RLV für das Quartal I/2009 ist in Übereinstimmung mit den Regelungen zu Nr. 4 RLVV erfolgt. Nach Nr. 4.3.1 errechnet sich das arztgruppenspezifische RLV für Hausärzte (und die anderen in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen) grundsätzlich aus der Multiplikation des zum jeweiligen Quartal gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß Anlage 3 und der Zahl der in Nr. 3.3 als RLV relevant definierten Fälle des Arztes im jeweiligen Vorjahresquartal sowie des nach Altersklassen gemäß Anlage 3 Nr. 6 zu ermittelnden Kriteriums der Morbidität. Der arztgruppenspezifische Fallwert für Hausärzte lag im Quartal I/2009 bei 32,43 EUR. Dieser Fallwert ist in dem angefochtenen Zuweisungsbescheid ebenso wie die (für das Punktzahlgrenzvolumen bzw. das RLV relevante) Fallzahl des Klägers aus dem Vorjahresquartal zutreffend in Ansatz gebracht worden. Es besteht auch kein begründeter Anlass für Zweifel daran, dass der im Bescheid ausgewiesene Morbiditätsfaktor nach der insoweit maßgeblichen Formel gemäß Anlage 3 Nr. 6 RLVV aus dem Alter der Patienten des Klägers im Vorjahresquartal zutreffend berechnet worden ist. Der Hinweis des Klägers auf einen überdurchschnittlich hohen Anteil chronisch kranker Patienten relativiert sich mit Blick auf die Abrechnungshäufigkeit der GOP 03212 (Zuschlag für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen), die der Kläger in I/2009 in 44,16 % seiner Fälle in Ansatz gebracht hat, während der Prozentsatz im Fachgruppendurchschnitt bei 44,05 % liegt. Vor allem aber lässt die Häufigkeitsstatistik des Klägers keinesfalls einen überdurchschnittlichen Anteil älterer Patienten annehmen: Denn die Versichertenpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres (GOP 03112) hat der Kläger nur in 10,4% seiner Fälle, der Fachgruppendurchschnitt aber in 31,51 % abgerechnet.

Die Frage, ob das RLV im Nachhinein auf Antrag des Klägers auf Erhöhung der Fallzahl nach Ziffer 4.4.1 RLVV oder durch Anerkennung von Praxisbesonderheiten nach Ziffer 4.4.2 RLVV zu erhöhen gewesen wären, ist nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

Der angefochtene Zuweisungsbescheid ist auch nicht etwa aus verfahrensrechtlichen Gründen aufzuheben.

Was die vom Kläger geltend gemachten Transparenz-/Begründungsmängel angeht, trifft es zwar zu, dass der Beklagten als der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gemäß § 87b Abs. 5 Satz 1 SGB V die Zuweisung der RLV "einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der RLV vergütet werden, sowie der jeweils geltenden regionalen Preise" obliegt. Diese Angaben sind in den angefochtenen Bescheiden ebenso wenig enthalten wie die vom Kläger als Begründung im Sinne des § 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X eingeforderte Darstellung der wesentlichen Grundzüge für die Berechnung des Fallwertes.

Es kann dahinstehen, inwieweit die Beklagte ihren diesbzgl. Informations- und Begründungspflichten nicht schon dadurch ausreichend nachgekommen ist, dass sie im November 2008 an alle ihre Mitglieder ihr Mitteilungsblatt "pluspunkt" versandt hat, in dem die Honorarreform ausführlich erläutert wird. Jedenfalls hat die Beklagte mit ihren im Gerichtsverfahren eingeführten Aufstellungen "Ermittlung des RLV-Vergütungsvolumens je Versorgungsbereich" und "Vorwegabzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich" alle berechtigten Informationswünsche des Klägers erfüllt. Im Übrigen hätte der Kläger aber auch im Fall einer fehlerhaften Begründung der Zuweisungs- und Honorarbescheide nicht allein deshalb die Aufhebung dieser Bescheide verlangen können. Da es sich insoweit um rechtsgebundene Entscheidungen handelt, die Beklagte also kein Ermessen auszuüben hatte, kann ein etwaiger Begründungsmangel die Sachentscheidung der Beklagten nicht beeinflussen (vgl. Bundessozialgericht -BSG-, Urteil vom 27.06.2012, Az.: B 6 KA 37/11 R, mit weiteren Nachweisen zum Umfang der Begründungspflicht bei Honorarbescheiden).

Die vorliegend angewandten Regelungen des RLVV stehen mit den Vorgaben durch die Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses über die Honorarverteilung in Einklang. Diese Beschlüsse ihrerseits halten sich - soweit vorliegend entscheidungserheblich - im Rahmen der gesetzlichen Regelungen des SGB V in dessen für das Quartal I/2009 geltenden und damit

vorliegend maßgeblichen Fassung, die sie durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen - GKV-WSG - vom 26.03.2007, BGBl. I 378 zum 01.01.2009 erhalten hatte. (Soweit im Folgenden Vorschriften des SGB V zitiert werden, ist jeweils diese Fassung gemeint).

Insoweit stellt sich die Rechtslage wie folgt dar:

Im Zuge der Vergütungsreform durch das GKV-WSG war bereits zum 01.01.2008 eine stärkere Pauschalierung der ärztlichen Leistungen im EBM mit kalkulatorischem Arztlohn vorgenommen worden. Neben dem Gesundheitsfonds (§§ 270 bis 272 SGB V) ist nun zum 01.01.2009 in einem zweiten Schritt ein neues Vergütungssystem eingeführt worden, das den Ärzten weitgehende Kalkulationssicherheit geben soll (vgl. BT Drs 16/3100, S. 88). Zu diesem Zweck wird die erstmalige Festlegung eines bundesweiten Richtpreises (Orientierungswert), die darauf aufbauende (regionale) Euro-Gebührenordnung und die vor Quartalsbeginn vorzunehmende Zuweisung eines RLV normiert. Ein weiterer Eckpunkt ist dabei die Ausrichtung der vertragsärztlichen Vergütung an der Morbidität der Bevölkerung.

I. Im Einzelnen trifft das SGB V (soweit vorliegend von Interesse) folgende Regelungen: a) Gemäß § 87b Abs. 1 SGB V werden die vertragsärztlichen Leistungen ab 01.01.2009 auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V vergütet. Diese Euro-Gebührenordnung wird von der jeweiligen KV und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbart, indem diese nach Maßgabe des § 87a Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 87c Abs. 3 SGB V gemeinsam und einheitlich auf der Grundlage des bundeseinheitlichen Orientierungswertes bis zum 15.11.2008 einen Punktwert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2009 festlegen.

§ 87c Abs. 1 SGB V bestimmt, dass die erstmalige Festlegung des bundeseinheitlichen Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 SGB V für das Jahr 2009 bis zum 31.08.2008 zu erfolgen hat. Dieser Orientierungswert, d.h. ein bundeseinheitlicher Punktwert zur Vergütung der im EBM aufgeführten ärztlichen Leistungen im Regelfall, ergibt sich aus der Division des Finanzvolumens durch die definierte Leistungsmenge. Das Finanzvolumen berechnet sich aus der Summe der bundesweit insgesamt für das Jahr 2008 nach § 85 Abs. 1 SGB V zu entrichtenden Gesamtvergütungen in Euro, welche um die für das Jahr 2009 geltende Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V für das gesamte Bundesgebiet zu erhöhen ist. Die Leistungsmenge ist als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des EBM abzubilden; sie ergibt sich aus der Hochrechnung der dem Bewertungsausschuss vorliegenden aktuellen Abrechnungsdaten, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassen. Bei der Hochrechnung sind Simulationsberechnungen zu den Auswirkungen des zum 01.01.2008 in Kraft getretenen EBM auf die von den Ärzten abgerechnete Leistungsmenge im Zeitverlauf entsprechend der in den Vorjahren zu beobachtenden Entwicklung zu berücksichtigen. Für die Hochrechnung übermitteln die KVen dem Bewertungsausschuss unentgeltlich bis zum 01.06.2008 die ihnen vorliegenden Daten über die Menge der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassen, jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen.

b) Wie sich aus § 87c Abs. 4 Satz 6 SGB V ergibt, hat der Bewertungsausschuss ebenfalls bis zum 31.08.2008 ein zwingend zu beachtendes Verfahren zur Berechnung des Behandlungsbedarfs für die erstmalige Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2009 zu beschließen. Die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige KV zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV (vgl. § 87c Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V) sind das Produkt aus dem Behandlungsbedarf pro Versichertem, der Zahl der Versicherten und den regionalen Punktwerten nach der Euro-Gebührenordnung.

Gemäß § 87c Abs. 4 Satz 2 bis 4 SGB V wird der Behandlungsbedarf für 2009 wie folgt bestimmt: Für jede Krankenkasse ist die im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen je Versichertem der jeweiligen Krankenkasse um die vom Bewertungsausschuss unter Berücksichtigung der Kriterien gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 bis 4 SGB V zu schätzende bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge je Versichertem des Jahres 2009 gegenüber dem Vorjahr anzupassen und mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2009 zu multiplizieren. Die im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen ergibt sich aus der Hochrechnung der den Vertragsparteien vorliegenden aktuellen Daten über die Menge der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen, die mindestens vier Kalenderjahre umfassen, jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen; bei der Hochrechnung sind Simulationsberechnungen zu den Auswirkungen des EBM 2008 auf die von den Ärzten abgerechnete Leistungsmenge sowie unterjährige Schwankungen der Leistungsmenge im Zeitverlauf entsprechend der in den Vorjahren zu beobachtenden Entwicklung zu berücksichtigen.

c) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis sind gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen. Satz 2 definiert ein RLV als die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. Die das RLV überschreitende Leistungsmenge ist gemäß Satz 3 mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden. Nach Satz 7 ist eine Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der RLV zulässig, wenn diese Leistungen besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

§ 87b Abs. 3 SGB V bestimmt, dass die Werte für die RLV morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen sind; bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach § 87 Abs. 2a SGB V zugrunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen. Bei der Bestimmung des RLV sind darüber hinaus insbesondere die in § 87b Abs. 3 Satz 2 SGB V aufgeführten Positionen zu berücksichtigen. Die Morbidität im Sinne von Satz 1 ist gemäß Satz 6 mit Hilfe der Kriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen.

Das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und der Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten ist vom Bewertungsausschuss zu bestimmen, und zwar erstmalig bis zum 31. August 2008 (vgl. § 87b Abs. 4 SGB V). Der Bewertungsausschuss bestimmt darüber hinaus ebenfalls erstmalig bis zum 31. August 2008 Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3, 6 und 7 sowie Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach Absatz 3 Satz 5. Die KV, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen stellen gemeinsam erstmalig bis zum 15. November 2008 und danach jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses nach den Sätzen 1 und 2 unter Verwendung der

erforderlichen regionalen Daten die für die Zuweisung der RLV nach Absatz 5 konkret anzuwendende Berechnungsformel fest.

II. Auf der Grundlage dieser gesetzlichen Vorgaben hat der (nach dem Scheitern einer Einigung im Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 4 und 5 SGB V zuständige) Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung am 27. und 28.08.2008 Beschlüsse zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung für das Jahr 2009 gefasst, die in der Folgezeit insbesondere durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 17.10.2008 und 20.04.2009 sowie des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 23.10. und 17.12.2008 sowie vom 15.01., 17.03. und 20.05.2009 teilweise ergänzt und abgeändert wurden und ihrem Teil A die erstmalige Festlegung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 SGB V für das Jahr 2009 enthalten, in Teil B das Verfahren zur Berechnung des Behandlungsbedarfs für die erstmalige Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87c Abs. 4 SGB V für das Jahr 2009 regeln und in Teil F das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V festlegen.

a) Der Orientierungswert wird in Teil A Nr. 4 für das Jahr 2009 auf 3,5001 C festgelegt. Die hierfür maßgeblichen Berechnungsfaktoren Finanzvolumen und Leistungsmenge, als deren Quotient sich der Orientierungswert ergibt, sind in Nr. 1 bis 3 geregelt.

Danach ist das Finanzvolumen auf der Grundlage der in den Quartalen des Jahres 2007 entrichteten Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 1 SGB V unter Ausgrenzung der Vergütung für die unter Nr. 1.2 aufgeführten extrabudgetären Leistungen (wie z.B. Hautkrebsscreening) zu ermitteln und sodann um den Anstieg der Grundlohnsumme für 2008 und danach für 2009 sowie um einen Anpassungsfaktor von 2 % zwecks Berücksichtigung der Stände der Gesamtverträge zu erhöhen.

Ausgangsbasis für die Leistungsmenge sind die im ersten bis vierten Quartal des Jahres 2007 abgerechneten und sachlich-rechnerisch anerkannten Leistungen – wiederum mit Ausnahme der extrabudgetären Leistungen nach Nr. 1.2. Die Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen erfolgt durch die Berücksichtigung einer bundesdurchschnittlichen HVV-Quote von 0,9048. Einzubeziehen sind alle Punktzahlleistungen des EBM; die in Euro vergüteten Leistungen und Kosten werden mit dem durchschnittlichen Punktwert von 3,4836 C in Punktzahlen umgerechnet. Besonders förderungswürdige Leistungen, wie z.B. Akupunktur, fließen unter Berücksichtigung des unter Nr. 2.4 aufgeführten jeweiligen Anpassungsfaktors ein. Die so bestimmte Leistungsmenge wird mit Blick auf die Auswirkungen des zum 1.1.2008 in Kraft getretenen EBM um 9,7 % erhöht.

Diese Regelungen halten sich im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Dass der (Erweiterte) Bewertungsausschuss das Finanzvolumen entgegen den Vorgaben in § 87c Abs. 1 Satz 3 SGB V aufgrund der Daten des Jahres 2007 ermittelt hat, weil ihm die Daten aller vier Quartale des Jahres 2008 im Zeitpunkt seiner Beschlussfassung noch nicht zur Verfügung standen, ist hinzunehmen, zumal damit auf das letzte vollständig abgerechnete Leistungsjahr abgestellt wurde und der (Erweiterte) Bewertungsausschuss die Grundlohnsummensteigerungen für die Jahre 2008 und 2009 berücksichtigt hat. (Sozialgericht -SG - Marburg, Urteile vom 06.10.2010, Az.: S 11 KA 340/09 und S 11 KA 189/10; SG Düsseldorf, Urteil vom 25.07.2012, Az.: S 33 KA 115/09; bestätigt vom Bundessozialgericht -BSG- durch Urteil vom 11.12.2013; Az.: B 6 KA4/13 R, laut Pressemitteilung des BSG vom 12.12.2013).

Die Festsetzung der "EBM-Quote" auf 9,7 % erscheint ebenfalls unbedenklich. Die diesbzgl. Ermittlungen des SG Marburg im Rahmen der vorstehend zitierten Entscheidungen haben ergeben, dass die Auswirkungen des zum 1.1.2008 in Kraft getretenen EBM durch einen Vergleich der Punktzahl je Behandlungsfall in den Quartalen I/2007 und I/2008 errechnet wurden. Allerdings konnten diese Daten nur aufgrund der Vorabmitteilung von zwei KVen erhoben werden, weil insoweit zum Zeitpunkt der Beschlussfassung nicht das komplette Datenmaterial aller KVen vorlag. Nach Vorlage sämtlicher Daten hat sich dann aber kein Anpassungsbedarf für die EBM-Quote gezeigt. Die Festsetzung der bundeseinheitlichen HVV-Quote erfolgt als Durchschnittswert auf der Grundlage der für jede KV ermittelten Quoten. Diese Quoten ergeben sich jeweils aus der Division der regionalen Nettoleistungsmenge durch die regional insgesamt abgerechnete Leistungsmenge (Bruttoleistungsmenge). Die Nettoleistungsmenge berechnet sich durch Addition der Leistungsmengen, die im Rahmen der regionalen Honorarverteilung mit einem nicht abgestaffelten Punktwert vergütet wurden, und der Leistungsmenge, die sich aus dem Verhältnis von abgestaffeltem und vollem Punktwert ergibt. Die bundesdurchschnittliche einheitliche HVV-Quote zur Berücksichtigung honorarwirksamer Regelungen dient der Vereinheitlichung der vertragsärztlichen Vergütung auf Bundesebene und ist in ihrer Berechnung nicht zu beanstanden (vgl. auch SG Düsseldorf, Urteil vom 25.07.2012, Az.: S 33 KA 115/09).

b) Gemäß Teil B Nr. 5 ergibt sich die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung einer Krankenkasse aus dem Produkt des Behandlungsbedarfs je Versichertem der Krankenkasse und der aktuellen Zahl der Versicherten der Krankenkasse sowie dem nach den Vorgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vereinbarten Punktwert gemäß § 87c Abs. 3 SGB V. Die Berechnung des Behandlungsbedarfs basiert auf der in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2007 je Krankenkasse für die nach dem Wohnortprinzip je KV-Bereich zuzuordnenden Versicherten. Dabei sind die Auswirkungen der bei den einzelnen KVen unterschiedlich ausgestalteten honorarwirksamen Begrenzungsregelungen zu berücksichtigen, indem die je Versichertem und Kasse abgerechnete Leistungsmenge mit der für die jeweilige KV festgelegten maßgeblichen Honorarverteilungsquote (für Westfalen-Lippe 0,9048) multipliziert wird (Nr. 1.2). Nicht einbezogen werden die extrabudgetären Leistungen (Nr. 1.3); außerdem erfolgt eine Bereinigung hinsichtlich der Leistungen aus Selektivverträgen (Nr. 1.4). Die so bestimmte

Leistungsmenge wird um die Veränderungsrate erhöht, die der Bewertungsausschuss in Teil A Nr. 3 bei der Ermittlung des Orientierungswertes zur Berücksichtigung der Auswirkungen des EBM 2008 festgelegt hat (Nr. 2), also um 9,7 %. Für die in Teil A Nr. 2.4 aufgezählten besonders förderungswürdigen Leistungen innerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (z.B. Akupunktur) gilt darüber hinaus der jeweils dort festgesetzte Anpassungsfaktor.

Die sich danach ergebende Leistungsmenge dividiert durch die Anzahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2007 stellt die (im Sinne des § 87c Abs. 4 Satz 3 SGB V) im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen je Versichertem der jeweiligen Krankenkasse dar. Diese Punktzahl ist um eine bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge in Höhe von 5,1 % je Versichertem des Jahres 2009 gegenüber dem Vorjahr anzupassen (Nr. 4). Die hieraus resultierende Punktzahl ist der Behandlungsbedarf, der als Multiplikand in die oben dargestellte Berechnung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einer Krankenkasse einfließt.

Dieses Verfahren zur Berechnung des Behandlungsbedarfs für die erstmalige Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

erweist sich weder hinsichtlich der unter Ziffer 1.2 geregelten HVV-Quote noch hinsichtlich der Veränderungsrate nach Nr. 4 oder sonst als rechtswidrig:

Nachdem der (Erweiterte) Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 27./28.08.2008 zur Berücksichtigung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen zunächst für die alten Bundesländer einerseits und die neuen Bundesländer andererseits jeweils eine einheitliche HVV-Quote von 0,9059 bzw. 0,9544 festgelegt hatte, hat er nach Überprüfung der Auswirkungen dieses Beschlusses am 23.10.2008 die Quote für die KVen in den neuen Bundesländer auf 0,9517 gesenkt und für die KVen in den alten Bundesländern jeweils gesondert festgelegt; dabei variierten diese Quoten von 0,8954 in Bayern bis 0,9176 in Schleswig-Holstein. Für die Beklagte wurde die Quote auf 0,9048

festgesetzt. Dass die HVV-Quote in den alten Bundesländern KV-spezifisch ausgeworfen wird, erklärt sich aus der KV-spezifischen Ermittlung des Behandlungsbedarfs (der Orientierungswert gilt dagegen bundeseinheitlich).

Die unterschiedlichen Quoten dienen – wie das BSG in seinem Urteil vom 21.03.2012, Az.: B 6 KA 21/11 R, überzeugend ausführt – der Verhinderung zu starker Honorarverwerfungen zwischen den einzelnen KVen. Hintergrund hierfür waren die Unterschiede in den Punktwerten einerseits und den Honorarbegrenzungsmechanismen bei den einzelnen KVen andererseits. Dementsprechend waren die KVen von dem festgesetzten Orientierungswert und der Berücksichtigung ausschließlich der sachlich-rechnerisch anerkannten Leistungsmenge unter Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in unterschiedlichem Maß betroffen: Für KVen, die hohe Punktwerte durch eine strikte Mengengrenzung erzielt hatten, hatte die Neuregelung eine Absenkung des Punktwertes auf 3,5001 C bei gleichzeitiger Festschreibung der Leistungsmenge zur Folge. Um Auswirkungen einer doppelten negativen Betroffenheit zu mildern, wurde in den alten Bundesländern ein Anpassungsverfahren durchgeführt, mit dem die Vergütungen in den KVen angeglichen wurden. Dazu wurde die Vergütung in KVen mit unterdurchschnittlichem Wert um 15 % der Differenz zwischen der KV-spezifischen und der bundesdurchschnittlichen Vergütung je Versichertem angehoben; in KVen mit überdurchschnittlicher Vergütung je Versichertem wurde die Vergütung um 8,2 % der Differenz der KV-spezifischen zur bundesdurchschnittlichen Vergütung je Versichertem abgesenkt. Die Beibehaltung der einheitlichen Quote für die KVen der neuen Bundesländer diente ebenfalls der Angleichung der vertragsärztlichen Vergütung und erfolgte im Übrigen wegen der gesonderten Festsetzung auch nicht zu Lasten der KVen in den alten Bundesländern. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die HVV-Quote der Beklagten nach Teil B Ziffer 1.2 mit der bundeseinheitlichen HVV-Quote nach Teil A Ziffer 2.2 wertmäßig genau übereinstimmt.

Die bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge, um die für jede Krankenkasse die im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen je Versichertem der jeweiligen Krankenkasse anzupassen ist, erscheint in ihrer Festsetzung auf 5,1 % nicht willkürlich. Ihre Festsetzung beruht auf § 87c Abs. 4 Satz 3 SGB V, der ausdrücklich keine konkrete Berechnungsweise, sondern eine Schätzung anhand der Kriterien des § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB V vorsieht. Wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vor dem SG Düsseldorf dargelegt hat, beruht die Festsetzung auf 5,1 % auf einem Schlichtungsvorschlag zu den gegensätzlichen quantitativen Analysen von KBV und GKV-Spitzenverband. Sie stellt letztlich eine Schätzung dar, die sich im Rahmen des gesetzlichen Auftrags bewegt und wegen des dem (Erweiterten) Bewertungsausschuss zustehenden Gestaltungsspielraums zu respektieren ist (SG Düsseldorf, Urteil vom 25.07.2012, Az.: S 33 KA 115/09).

c) In Teil F bestimmt der (Erweiterte) Bewertungsausschuss, dass RLV für die in Anlage 1 genannten Arztgruppen - u. a. die Gruppe der Hausärzte - (außerdem grundsätzlich auch für ermächtigte Krankenhausärzte und ermächtigte Krankenhäuser) zur Anwendung kommen (Nr. 2.1) und nach Maßgabe von Nr. 2 und 3 für das jeweilige Abrechnungsquartal arztbezogen ermittelt und praxisbezogen zugewiesen werden. Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nr. 1.3 in Beschluss Teil B (z.B. Hautscreening), nach Anlage 2 Nr. 2 in Beschluss Teil F (z.B. Akupunktur) sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V oder § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V ergeben, unterliegen gemäß Nr. 2.2 nicht dem RLV. Für das RLV relevante Fälle sind kurativ-ambulante Arzt- und Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs.1, Abs. 1b Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1, Abs. 1b und Abs. 2 EKV (ab 01.07.2009: kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs.1 und 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und 2 EKV), ausgenommen sind Notfälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen sowie Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen abgerechnet werden, die gemäß Nr. 2.2 nicht dem RLV unterliegen (Nr. 2.3).

Für jede Arztgruppe wird ein arztgruppenspezifischer Fallwert zur Ermittlung des RLV berechnet. Grundlage ist die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung im Sinne von Teil B Nr. 5. Diese vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V sowie unter Abzug der Vergütung für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie gemäß Abschnitt 35.2 EBM anzupassen. Die so angepasste vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird als RLV-Vergütungsvolumen (RLVVG) bezeichnet (Nr. 3.1).

Entsprechend den jeweiligen Honoraranteilen des Jahres 2007 und unter Berücksichtigung der Auswirkungen des EBM 2008 wird dieses RLVVG auf den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich aufgeteilt. (Wie sich aus den Aufstellungen der Beklagten ergibt, betrug in ihrem Bereich das Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs z.B. im Quartal I/2009 244.630.910,38 EUR). Für jeden Versorgungsbereich werden dann jeweils die versorgungsbereichsspezifisch zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung qualitätsgebundener Leistungen gemäß Anlage 1 in Abzug gebracht (für den hausärztlichen Bereich handelt es sich dabei um die Vergütung u.a. von Leistungen der Psychosomatik, Kleinchirurgie, Prokto-/Rektoskopie, Langzeit-Blutdruckmessung, Ergometrie und Spirometrie) und versorgungsbereichsspezifische Rückstellungen gebildet, wie sie Teil G gemäß § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V zur Berücksichtigung einer Zunahme an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Ärzte, für Sicherstellungsaufgaben und zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten vorsieht. Außerdem werden 3 % (ab 01.07.2009: 2%) vom Vergütungsvolumen des jeweiligen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Überschreitungsleistungen reserviert und die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu erbringenden freien Leistungen (z.B. Akupunktur) abgesetzt. Im fachärztlichen Bereich sind außerdem noch zu erwartende Zahlungen an solche Arztgruppen abzuziehen, die nicht zu den RLV-relevanten Arztgruppen gehören.

Das nach diesen Abzügen verbleibende "RLV-Vergütungsvolumen" eines Versorgungsbereichs, wie es in Teil F Anlage 2 Nr. 2 bezeichnet wird, (und das sich im Beispielfall für den hausärztlichen Versorgungsbereichs auf 174.398.518,93 EUR beläuft), ist sodann auf die

Arztgruppen aufzuteilen. Zu diesem Zweck werden für den jeweiligen Versorgungsbereich die in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2007 abgerechneten Punktzahlen der RLV-relevanten Leistungen unter Berücksichtigung der für den Versorgungsbereich maßgeblichen Anpassungen an den EBM 2008 ermittelt und dem Anteil der einzelnen Arztgruppen entsprechend ins Verhältnis gesetzt. Das sich daraus jeweils ergebende RLV-Vergütungsvolumen der betreffenden Arztgruppe wird durch die Fallzahlen dieser Arztgruppe im Vorjahresquartal dividiert. Das Ergebnis ist der arztgruppenspezifische Fallwert.

Dieser arztgruppenspezifische Fallwert ist ein wesentlicher Faktor für die Berechnung des dem Arzt zuzuweisenden praxisbezogenen arztgruppenspezifischen RLV. Denn dieses ergibt sich aus der Multiplikation des im jeweiligen Quartal gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes mit der Fallzahl (im Sinne der Nr. 2.3) (ab 01.07.2009 klarstellend: der RLV-Fallzahl) des Arztes im Vorjahresquartal und dem Morbiditätsfaktor nach Nr. 3.2.2, wie er unter Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter gemäß Teil F Anlage 2 Nr. 6 ermittelt wird. Für jeden über 150 % der durchschnittlichen (im Sinne der Nr. 2.3 relevanten) Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden Fall wird der arztgruppenspezifische Fallwert allerdings – abgestaffelt – gemindert, und zwar um 25 % für Fälle über 150 % bis 170 % dieser durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe, um 50 % für Fälle bei einer Überschreitung über 170 % bis 200 % bzw. um 75 % für jeden weiteren Fall (Nr. 3.2.1). Leistungen, die das so errechnete RLV überschreiten, werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Dieser ergibt sich aus der Multiplikation der im EBM ausgewiesenen Punktzahlen mit einem Punktwert, der quartalsweise je Versorgungsbereich aus dem gemäß Anlage 2 Nr. 2 abgezogenen Vergütungsvolumen für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen und dem die RLV überschreitenden Leistungsbedarf des Versorgungsbereichs ermittelt wird (Nr. 1.1).

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KV können gemäß Teil F Nr. 3.4. Leistungen über das arzt-/praxisbezogenen RLV hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Das Verfahren der Umsetzung dieser Regelung sowie der unter Nr. 6 normierten Regelung zu Praxisbesonderheiten ist von den Vertragspartnern auf regionaler Ebene zu vereinbaren.

Die Bedenken gegen dieses Regelungssystem der RLV überzeugen im Ergebnis nicht:

Dass das versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumen jeweils um die Vergütung der (als besonders förderungswürdig angesehenen und deshalb nicht dem RLV unterworfenen) freien Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bereinigt wird, die ihrerseits (in der ersten Zeit nach Einführung der Honorarreform) keiner Mengensteuerung unterlagen, bedeutet keinen zur Rechtswidrigkeit führenden Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Tatsächlich hat das Fehlen eines solchen Steuerungsmechanismus zwar im Verlauf des Jahres 2009 teilweise zu einer Reduzierung der RLV-Fallwerte geführt und – da nicht alle Arztgruppen von ihrem Leistungsspektrum her gleichermaßen an den vorweg abziehbaren Leistungen partizipieren können – Verwerfungen in der Honorarverteilung zur Folge gehabt. Allerdings hat der Bewertungsausschuss in seiner 180. Sitzung mit Beschluss vom 20.04.2009 den Vertragspartnern bereits die Möglichkeit eröffnet, die Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV vergütet werden, einer Steuerung zu unterziehen, "um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken". Schließlich sind zum 1.7.2010 qualifikationsgebundene Zusatzvolumina eingeführt worden, die innerhalb der einzelnen Fachgruppen gebildet werden, so dass Mengenausweitungen damit nicht mehr zu Lasten unbeteiligter Arztgruppen gehen. Damit hat der (Erweiterte) Bewertungsausschuss seiner Beobachtungs- und Anpassungspflicht im Zusammenhang mit den als Bestandteil seines Erprobungsspielraums eingeführten Vorwegabzügen genügt (vgl. SG Marburg, Urteil vom 06.10.2010, Az.: S 11 KA 340/09; ferner BSG, Urteil vom 17.07.2013, Az.: B 6 KA 45/12, das zwar die Zulässigkeit einer solchen Mengensteuerung bejaht, sie aber anscheinend nicht für unverzichtbar hält). Im Übrigen stellte sich die Problematik der Vorwegabzüge innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs ohnehin nur eingeschränkt.

Dass die Morbidität nur durch das Kriterium Alter, und damit entgegen § 87b Abs. 3 Satz 6 SGB V nicht auch durch das Geschlecht abgebildet wird, ist hinzunehmen. Wie es unter Nr. 3.2.2 heißt, hat der (Erweiterte) Bewertungsausschuss festgestellt, dass sich das Geschlecht als Morbiditätskriterium nicht eignet, da das abgerechnete Volumen durch dieses Kriterium nicht signifikant beeinflusst wird. Diese Feststellung beruht nach den Ermittlungen des SG Berlin in dessen Verfahren S 83 KA 399/11 auf einer von der KBV erstellten Trendanalyse zu alters- und geschlechtsspezifischen Pauschalen im hausärztlichen Versorgungsbereich, bei der sich die Auswirkungen einer Pauschalvergütung vertragsärztlicher Leistungen unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht von denen einer unter alleiniger Berücksichtigung des Alters berechneten Pauschalvergütung kaum unterschieden hätten. Da die bestehenden geschlechtsspezifischen Morbiditätsunterschiede innerhalb der einzelnen Altersstufen jeweils unterschiedlich ausgeprägt sind, hätte die zusätzliche Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Geschlecht zwangsläufig auch eine deutlich größere Anzahl von Altersstufen bedingt, obwohl ansonsten die Anzahl der altersspezifischen Pauschalen zur Optimierung der Finanzierung einer Arztpraxis ausweislich der Trendanalyse der KBV nahezu unerheblich ist, weshalb der (Erweiterte) Bewertungsausschuss in Anlehnung an die Ausgestaltung der Grundpauschalen im EBM nur drei Altersstufen gebildet hat. Wie das SG Berlin in seinem in jenem Verfahren ergangenen Urteil vom 19.9.2012 weiter ausgeführt hat, würde die Berechnung der Morbidität zusätzlich dadurch verkompliziert, dass hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Morbiditätsunterschiede auch arztgruppenspezifische und gebührenordnungsrechtliche Unterschiede bestehen. Die Schlussfolgerung des SG Berlin, dass ein entsprechend ausdifferenziertes System mit dem gesetzgeberischen Ziel eines praktikablen und sicheren Verfahrens zur Berechnung der Morbidität kaum vereinbar wäre und dass der (Erweiterte) Bewertungsausschuss deshalb mit seiner Feststellung einer Ungeeignetheit des Morbiditätskriteriums Geschlecht den Rahmen seiner Gestaltungsfreiheit nicht überschritten habe, erscheint der erkennenden Kammer überzeugend (so auch SG Düsseldorf, Urteil vom 25.07.2012, Az.: S 33 KA 115/09; bestätigt durch BSG, vom 11.12.13, B 6 KA 4/13 R; SG Marburg, vom 06.10.10, S 11 KA 340/09)

Wie sich aus dem Urteil des BSG vom 17.07.2013, Az.: B 6 KA 44/12 R, ergibt, lässt sich eine Rechtswidrigkeit der Regelungen über das RLV insbesondere auch nicht daraus herleiten, dass bei der Berechnung des RLV auf die Fallzahlen des Vorjahresquartals abgestellt wird und deshalb eine im Abrechnungsquartal erfolgte Steigerung der Fallzahlen erst im entsprechenden Quartal des Folgejahres zu einer Erhöhung des RLV führen kann. Diese Regelung, die eine Steigerung des vertragsärztlichen Umsatzes durch Fallzahlerhöhungen für ein ganzes Jahr weitgehend ausschließt, stellt keine unverhältnismäßige Beschränkung vertragsärztlicher Honoraransprüche dar, und zwar grundsätzlich auch nicht im Fall einer unterdurchschnittlich abrechnenden Praxis. Sinn und Zweck des einjährigen Moratoriums beschränken sich nicht auf die Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes. Vielmehr hat der (Erweiterte) Bewertungsausschuss damit auch legitimer Weise generell Anreize für Fallzahlvermehrungen zur Honorarsteigerung mindern und dadurch die Gesamthonorarsituation stabilisieren sowie die Kalkulierbarkeit der Einnahmen vertragsärztlicher Tätigkeit verbessern wollen. Mit der Berücksichtigung dieser Ziele hält sich der (Erweiterte) Bewertungsausschuss im Rahmen des ihm in § 87b Abs. 4 Satz 1 iVm Abs. 2 Satz 2

SGB V eingeräumten Gestaltungsspielraums. Bei langjährig betriebenen und etablierten Praxen ist davon auszugehen, dass Behandlungsumfang und Behandlungsweise nach Abschluss der Aufbauphase über einen längeren Zeitraum konstant bleiben und sich Schwankungen im Leistungsverhalten nur in begrenztem Ausmaß ergeben. Da ein Vertragsarzt deshalb grundsätzlich eine Zeit lang an seinem Praxis- und Honorierungsumfang festgehalten werden darf, ist das Moratorium von einem Jahr, soweit es nach Abschluss der Aufbauphase greift, nicht zu beanstanden. Zwar verlangt das BSG in ständiger Rechtsprechung (vgl. die Nachweise im Urteil vom 17.07.2013, Az.: B 6 KA 44/12 R), dass umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen zumindest den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe erreichen können müssen. Dass die Steigerung ihres Honorars auf den Durchschnittsumsatz sofort möglich sein muss, ist allerdings nur für Praxen in der Aufbauphase - die von den Partnern des HVV auf einen Zeitraum von drei, vier oder fünf Jahren bemessen werden kann - zu fordern. Dagegen reicht es bei Praxen, die nach der Aufbauphase unterdurchschnittlich abrechnen, aus, wenn ihnen das Aufschließen zum Durchschnittsumsatz durch Fallzahlerhöhungen innerhalb von fünf Jahren ermöglicht wird. Trotz einjährigem Moratorium ist die unterdurchschnittlich abrechnende Praxis nicht gehindert, durch sich jeweils erst auf das RLV des Folgejahres auswirkende Steigerungen der Fallzahlen im Verlauf des Gesamtzeitraums von fünf Jahren den Durchschnittsumsatz zu erreichen. Eine Unzumutbarkeit des Moratoriums ist umso weniger anzunehmen, als sich besonderen Gründen von Fallzahlerhöhungen durch die Regelung in Nr. 3.4 Rechnung tragen lässt. Die vom Kläger seit 05.01.1998 geführte Praxis war auch bei Zugrundelegung des maximal möglichen Zeitraums von fünf Jahren keine Aufbaupraxis mehr. Angesichts eines im Abrechnungsbescheid für das streitige Quartal ausgewiesenen Gesamthonorars des Klägers von 55.785,76 EUR lässt sich insoweit wohl auch nicht von einer unterdurchschnittlich abrechnenden Praxis sprechen. Ausweislich der von der KBV im Internet veröffentlichten Honorarberichte lag der Honorarumsatz der Allgemeinmediziner im Bereich der Beklagten in diesen Quartalen bei durchschnittlich 47.761 EUR (I/2009) und 44.686 EUR (II/2009).

Dass die individuelle Fallpunktzahl, die sie unter dem Regime des Punktzahlgrenzvolumens im Jahr 2008 erreicht hatte, ab 01.01.2009 keine Rolle mehr spielt, erklärt sich aus der Umstellung auf ein grundsätzlich anderes Vergütungssystem, das der Gesetzgeber mit Wirkung ab diesem Zeitpunkt in Ausübung des ihm zustehenden Gestaltungsermessens durch die oben dargestellten Regelungen ohne Verstoß gegen höherrangiges Recht und damit zulässiger Weise eingeführt hat. Insbesondere liegt kein Verstoß gegen Art 12 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) vor.

Bei der Prüfung, ob normative Regelungen der Honorarverteilung den Anforderungen des Art. 12 Abs. 1 GG genügen, ist auf die generelle Situation der betroffenen Arztgruppe und nicht auf die Ertragssituation einer einzelnen vertragsärztlichen Praxis abzustellen (hierzu und zum Folgenden LSG NW, Beschluss vom 21.03.2012, Az.: L 11 KA 83/11 B ER).

Dementsprechend ist es in diesem Zusammenhang unerheblich, in welcher Höhe der einzelne Vertragsarzt Honoraransprüche erwerben und ob seine Praxis einen ausreichenden Gewinn abwerfen kann. Dies hängt nämlich nicht nur von der Höhe der insgesamt zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung und der Ausgestaltung der normativen Regelungen der Honorarverteilung ab, sondern wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, die der Verantwortungssphäre des einzelnen Vertragsarztes zuzurechnen sind. Solche Umstände sind z.B. die Ausrichtung seiner Praxis, die Qualität seines Dienstleistungsangebots und seiner medizinischen Leistungen, aber auch strukturelle Faktoren wie z.B. die Infrastruktur des Praxisstandorts und die Konkurrenzsituation. Den Besonderheiten der individuellen Situation des Vertragsarztes ist gegebenenfalls im Rahmen einer Härtefallprüfung Rechnung zu tragen.

III. Gegen die Vorgaben dieser Beschlüsse haben die regionalen Vertragspartner allerdings insoweit verstoßen, als sie im Rahmen der mit Wirkung zum 01.04.2009 unter Nr. 6 RLVV eingeführten Regelungen zur "Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkungen durch die Einführung von Regelleistungsvolumina" zu Nr. 6.2 e) für den Fall der Überschreitung des Umsatzkorridors eine Honorarabschöpfung vorsehen (vgl. Bundessozialgericht -BSG-, Urteil vom 05.06.2013, Az.: B 6 KA 47/12 R). Dies hat für das vorliegende Verfahren jedoch keine Bedeutung, da im Fall des Klägers in keinem der Quartale des Jahres 2009 eine solche Honorarabschöpfung vorgenommen wurde.

Dass die regionalen Vertragspartner bei der Bildung der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V den bundeseinheitlichen Orientierungswert nicht durch Zu- oder Abschläge zwecks Berücksichtigung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur angepasst haben, führt nicht zur Rechtswidrigkeit des RLVV. Denn eine solche Anpassung steht im Verhandlungsermessen der Vertragspartner, die sich, wie die Beklagte mitgeteilt hat, insoweit aber eben nicht auf eine Anpassung haben einigen können. Vor diesem Hintergrund kann auch dahinstehen, ob die Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses in Teil C seines Beschlusses vom 27./28.8.2008, entgegen § 87 Abs. 2f SGB V in Verbindung mit § 87c Abs. 2 SGB V keine Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten festzusetzen, rechtswidrig ist. Denn eine Vorgabe solcher Indikatoren hätte an der Abschlussfreiheit der regionalen Vertragspartner nichts geändert (vgl. SG Marburg, Urteil vom 06.10.2010, Az.: S 11 KA 340/09).

Auch der Hinweis des Klägers auf einen höheren arztgruppenspezifischen Fallwert der Hausärzte in den Bereichen anderer KVen vermag nicht zu überzeugen. Dies schon deshalb nicht, weil er die überdurchschnittliche Fallzahl der Hausärzte im Bereich der Beklagten außer Betracht lässt, in deren Folge der Honorarumsatz je Allgemeinmediziner in Westfalen-Lippe ausweislich der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Internet veröffentlichten Honorarübersicht in I/2009 mit 47.761 EUR nur rund 800 EUR unter dem Bundesdurchschnitt lag und in allen anderen Quartalen des Jahres 2009 überdurchschnittlich war.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 der Verwaltungsgerichtsordnung.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2019-09-18