

L 5 KA 10/15

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 3 KA 109/12
Datum
24.04.2015
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 5 KA 10/15
Datum
01.06.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

[L 5 KA 10/15](#) [S 3 KA 109/12](#) Landessozialgericht Hamburg Urteil Im Namen des Volkes In dem Rechtsstreit hat der 5. Senat des Landessozialgerichts Hamburg auf die mündliche Verhandlung vom 1. Juni 2016 durch 1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen, die ihre Kosten selbst trägt. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Neubescheidung ihrer Honorarabrechnung für das Quartal II/2011. Hierbei steht im Streit, ob die von der Beklagten und der Beigeladenen zugewiesenen Regelleistungsvolumina (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) bezirksübergreifend übertragbar sind.

Die Klägerin ist eine ehemalige Berufsausübungsgemeinschaft, die im streitgegenständlichen Quartal aus - der Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin Dr. S. (mit Vertragsarztsitz in H.), - dem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. K. (mit Vertragsarztsitz in S2) und - dem Facharzt für Orthopädie und Anästhesie Dr. J. (mit Vertragsarztsitz in I.) bestand und (die kraft des Beschlusses des Zulassungsausschusses für Ärzte -H. - vom 27. Oktober 2010 in der Gestalt des Beschlusses des Berufungsausschusses für Ärzte -H. - vom 19. Januar 2011) über eine Genehmigung als überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit Vertragsarztsitzen in mehreren Zulassungsbezirken einer Kassenärztlichen Vereinigung (im Sinne von § 33 Abs. 3 Satz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte [Ärzte-ZV]) verfügte. Ihr Hauptsitz (im Sinne von § 33 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV) lag in H ...

Durch ihren - mit Rechtsbehelfsbelehrung versehenen - Bescheid vom 30. März 2011 wies die Beklagte der "Praxis med. A. Dr. S." für das Quartal II/2011 ein RLV von 18.874,80 Euro sowie zwei QZV von einmal 317,16 Euro und einmal 1.236,30 Euro zu.

Hinsichtlich des streitigen Quartals setzte zunächst die Beigeladene mit (Honorar-) Bescheid vom 13. Oktober 2011 die Vergütung für die im Quartal II/2011 erbrachten Leistungen fest, wobei die RLV und QZV, die die Beigeladenen den Dres. K. und J. zugewiesen hatte, um 38.925,94 Euro unterschritten wurden.

Weiter setzte die Beklagte mit (Honorar-) Bescheid vom 21. November 2011 gegenüber der Klägerin die Vergütung für die im Quartal II/2011 erbrachten Leistungen fest, wobei sie - nach Ausschöpfung der zugewiesenen Volumina - einen Teil der Leistung nur abgestaffelt vergütete.

Die Klägerin legte hiergegen am 25. November 2011 Widerspruch ein und führte zur Begründung aus, die den Dres. K. und J. zugewiesenen und nicht ausgeschöpften RLV und QZV hätten auch bei der Vergütung der am Praxisstandort H. erbrachten Leistungen berücksichtigt werden müssen. RLV seien zwar arztbezogen zu berechnen, jedoch praxisbezogen zuzuweisen, wobei unter einer Praxis nicht die Betriebsstätte zu verstehen sei, sondern in Fällen wie dem vorliegenden die gesamte Berufsausübungsgemeinschaft. Dies führe grundsätzlich zur vollständigen Permeabilität der den einzelnen Praxispartnern zugewiesenen Volumina. Soweit in den Grundsätzen der Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein zu KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften vom 5. August 2011 (i.F: Grundsätze Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein) geregelt sei, dass die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung ein RLV lediglich für die Ärzte im eigenen Bezirk zuweise und dass eine praxisbezogene Verrechnung von RLV und QZV nur innerhalb des jeweiligen Bezirks statfinde, verstoße dies gegen höherrangiges Recht. Regelungen zur Mengengrenzung würden auf diese Weise vollständig von der tatsächlichen Leistungserbringung abgekoppelt. Eine vom Gesetzgeber vorgesehene Kooperationsform ziehe nahezu reflexartig eine Absenkung der RLV nach sich. Auch sehe das Gesetz in den [§§ 75 Abs. 7 Nr. 2](#) und 87a Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

(SGB V) einen Zahlungsausgleich bei bezirksübergreifender vertragsärztlicher Versorgung vor. Weiterhin habe die Klägerin von den Grundsätzen Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein auch erst im Rahmen eines Gesprächs am 14. Dezember 2011 erfahren. Im Zeitraum davor habe sie darauf vertrauen dürfen, nicht anders behandelt zu werden als jede andere überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft. Zum Zeitpunkt des Zusammenschlusses habe es weder auf Bundes- noch auf Landesebene irgendwelche Regelungen zur bezirksübergreifenden Berufsausübung unter Geltung des neuen Honorarsystems gegeben.

Die mit derselben Begründung am 31. Januar 2012 beim Sozialgericht H. gestellten Eilanträge, die Beklagte vorläufig bis zum rechtskräftigen Abschluss in der Hauptsache "Honorare für das Quartal II/2011 in Höhe von 29.588,48 Euro zu zahlen" sowie bei zukünftigen Honorarabrechnungen auch die von der Beigeladenen zugewiesenen RLV und QZV zu berücksichtigen, lehnte das Sozialgericht durch Beschluss vom 8. März 2012 (Az. S 27 KA 18/12 ER) mit der Begründung ab, es fehle an einem Anordnungsanspruch. Gemäß den auf der Grundlage von [§ 75 Abs. 7 Nr. 2 SGB V](#) erlassenen Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Durchführung der kassenärztlichen Versorgung bei einer den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung übergreifenden Berufsausübung (KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie) erfolge die Abrechnung jeweils bei der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Leistungserbringung, und es sei das an diesem Ort geltende Recht maßgeblich. Die Zuweisung von RLV erfolge für die im jeweiligen Bereich erbrachten Leistungen durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Nach [§ 7 Abs. 8](#) der Anlage A zum Verteilungsmaßstabs (VM) der Beklagten vom 23. April 2010 blieben andere als die im Versorgungsbereich der Beklagten zugelassenen oder ermächtigten Ärzte bei der Zuweisung von RLV und QZV unberücksichtigt. Würden sie im Rahmen bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften im Versorgungsbereich der Beklagten tätig, so würden die von diesen Ärzten erbrachten Leistungen auf RLV bzw. QZV der Praxis angerechnet, in der sie tätig geworden seien. Die Regelung entspreche auch den Grundsätzen Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein. Sowohl der bestandskräftige Zuweisungsbescheid vom 30. März 2011 als auch der Honorarbescheid der Beklagten vom 21. November 2011 entsprächen diesen Rechtsgrundlagen. Eine Rechtsgrundlage für eine Verschiebung von in S1 nicht ausgeschöpften RLV oder QZV gebe es demgegenüber nicht. Die von der Klägerin zitierten Regelungen betrafen den Fremdkassenausgleich und nicht auch die Fallkonstellation, in der der zugelassene Arzt den Bezirk wechsele. Weiterhin hätten die Mitglieder der Klägerin ihre Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung bei den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen beantragt und damit selbst die örtliche Gebundenheit an die Beklagten bzw. die Beigeladene gestaltet. Sie hätten auch die Möglichkeit, die zugewiesenen Volumina in größerem Umfang in Anspruch zu nehmen, etwa indem Dr. S. weniger Patienten in H. und dafür mehr Patienten in S1 behandle.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12. April 2012 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Vergütung sei in Einklang mit der auf der Grundlage von [§ 75 Abs. 7 SGB V](#) erlassenen KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie sowie den Grundsätzen Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein erfolgt.

Am 10. Mai 2012 hat die Klägerin Klage erhoben.

Sie hat an ihrer im Widerspruchs- und im Eilverfahren geäußerten Rechtsauffassung festgehalten und ergänzend ausgeführt, das Sozialgericht habe in seinem Beschluss in sich widersprüchlich argumentiert: Es habe die [§§ 87a Abs. 3a, 75 Abs. 7 SGB V](#) als allein auf den Fremdkassenausgleich bezogen verstanden, andererseits aber auf die aufgrund [§ 75 Abs. 7 Nr. 2 SGB V](#) erlassene KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie Bezug genommen, die – wenn [§ 75 Abs. 7 SGB V](#) allein den Fremdkassenausgleich regelt – gar keine Regelungen zur RLV-Zuweisung an überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften enthalten dürfe. Im Übrigen habe der Gesetzgeber gerade die Möglichkeit zu einer bezirksübergreifenden Berufsausübung eingeräumt und dadurch die Ortsgebundenheit der Zulassung gerade gelockert. Auch wenn es theoretisch möglich sei, noch nicht verbrauchte Volumina durch Leistungserbringung am betreffenden Standort auszuschöpfen, würde dies aber in beiden Bezirken zu einer Reduzierung der RLV für künftige Zeiträume führen, denn die in anderen Bezirken erbrachten Leistungen würden nicht zur RLV-Bildung herangezogen.

Die Beklagte hat ausgeführt, aus einer Lockerung der Ortsgebundenheit folge noch nicht, dass nicht ausgeschöpfte Budgets in einem Bezirk mit Budgetüberschreitungen in einem anderen verrechenbar seien. Es gälten mangels einschlägiger Sondervorschriften die allgemeinen Regelungen zur Honorarverteilung. Auch beinhalte die Kompetenz zum Erlass von Richtlinien gemäß [§ 75 Abs. 7 SGB V](#) systematisch keineswegs eine Regelungskompetenz zur Honorarverteilung. Die [§§ 87a Abs. 3a](#) und [75 Abs. 7 Nr. 2 SGB V](#) betrafen den Fremdkassenausgleich (der notwendig werde, wenn ein Versicherter Leistungen außerhalb des Bereichs der für seinen Wohnort zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung in Anspruch nehme). Daneben enthielten Richtlinien nach [§ 75 Abs. 7 Satz 3 SGB V](#) weitere Vorgaben zur Abwicklung der Leistungserbringung durch bezirksübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften (Hinweis auf [BT-Drs. 16/2474 S. 31](#)). [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) nehme auf die Versicherten und nicht auf die Vertragsärzte Bezug.

Durch Urteil vom 24. April 2015 (den Prozessbevollmächtigten der Klägerin zugestellt am 30. Juni 2015) hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen.

Die Klage sei zulässig. Insbesondere sei die Klägerin als ehemalige Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach [§ 70 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) beteiligtenfähig. Eine Berufsausübungsgemeinschaft sei in vertragsarztrechtlicher Hinsicht als fortbestehend anzusehen, solange sie noch Pflichten aus ihrem Status zu erfüllen habe oder ihr Rechte hieraus zustünden (Hinweis auf BSG, Urteil vom 7. Februar 2007 – [B 6 KA 6/06 R](#), juris Rn. 11 m.w.N.).

Die Klage sei jedoch unbegründet. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Neubescheidung ihres Honoraranspruchs. Honorarbescheid und Widerspruchsbescheid stünden im Einklang mit dem ihnen zugrunde liegenden VM in der Fassung des 4. Nachtrags vom 15. März 2011, der im Quartal II/2011 gegolten habe, den diesem VM zugrunde liegenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses und den gesetzlichen Vorgaben für die Honorarverteilung.

Die Zulässigkeit einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit Vertragsarztsitzen in mehreren Zulassungsbezirken ergebe sich aus [§ 33 Abs. 3 Ärzte-ZV](#). Aus den Regelungen des VM ergebe sich keine Rechtsgrundlage für die Berücksichtigung der von der Beigeladenen zugewiesenen und durch die Klägerin nicht ausgeschöpften RLV/QZV bei der Honorarabrechnung der Beklagten. Aus den Regelungen des VM ergebe sich vielmehr, dass eine solche Übertragung ausgeschlossen sei. Nach Anlage A [§ 7 Abs. 8 Satz 1](#) des VM blieben originär in anderen als dem Versorgungsbereich der Beklagten zugelassene oder ermächtigte Ärzte bei der Zuweisung der RLV und/oder QZV und/oder Kapazitätsgrenzen unberücksichtigt. Würden solche Ärzte im Rahmen KV-bereichsübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften im

Versorgungsbereich H. tätig, so würden die von diesen Ärzten erbrachten Leistungen gemäß Anlage A § 7 Abs. 8 Satz 2 des VM auf das RLV und/oder QZV und/oder die Kapazitätsgrenzen der Praxis, in der sie tätig würden, angerechnet. Der – bestandskräftige – RLV/QZV-Zuweisungsbescheid der Beklagten und die hier streitige Honorarabrechnung seien diesen Grundsätzen gefolgt. Die erbrachten Leistungen der Dres. K. und J. seien auf das nach diesen Maßstäben ermittelte RLV/QZV der Praxis angerechnet worden. Das RLV/QZV übersteigende Leistungen seien quotiert vergütet worden und wären – hätte die Berufsausübungsgemeinschaft zu diesem Zeitpunkt noch bestanden – nach der Systematik der Honorarverteilung erst im Folgejahr bei der Ermittlung des RLV/QZV der Praxis berücksichtigt worden.

Die im VM der Beklagten getroffene Regelung entspreche der KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie. Nach [§ 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) hätten die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in Richtlinien die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln, soweit nicht in Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen seien. Nach [§ 75 Abs. 7 Satz 2 SGB V](#) müsse die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 sicherstellen, dass die für die erbrachte Leistung zur Verfügung stehende Vergütung die KV erreiche, in deren Bezirk die Leistung erbracht worden sei. Mit dem Vertragsarztsrechtsänderungsgesetz vom 22. Dezember 2006 sei mit Wirkung ab dem 1. Januar 2007 [§ 75 Abs. 7 Satz 3 SGB V](#) angefügt worden. Danach könne die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 auch Regelungen über die Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung sowie über Verfahren bei Disziplinarangelegenheiten bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen hätten, treffen, soweit hierzu nicht in den Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen seien. In der Gesetzesbegründung sei insoweit ausgeführt, vor dem Hintergrund der Ermöglichung der gemeinsamen Berufsausübung von mehreren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern in überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften über die Bezirksgrenzen einer KV hinaus (vgl. § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV bzw. Zahnärzte-ZV) sei die Richtlinienkompetenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu präzisieren (Hinweis auf [BT-Drs. 16/2474, S. 19](#)).

Die KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie regle nach § 1 Abs. 1 die Zuständigkeit für die Leistungsabrechnung, die Richtigkeitsprüfung, die Wirtschaftlichkeitsprüfung, die Honorarfestsetzungsbescheide sowie die Qualitätsprüfungen und Disziplinarangelegenheiten in Fällen KV-übergreifender Tätigkeit sowie die dabei anwendbaren Vorschriften bei der Durchführung der genannten Aufgaben. Nach § 2 Abs. 1 sei bei KV-übergreifender Berufsausübung grundsätzlich das Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsrecht am Ort der Leistungserbringung anwendbar. Zuständig seien nach § 2 Abs. 2 grundsätzlich die Kassenärztlichen Vereinigungen am Ort der Leistungserbringung. Die Abrechnung der Leistungen erfolge gemäß § 4 Satz 1 jeweils bei der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Leistungserbringung. Maßgeblich sei für die Abrechnung nach § 4 Satz 2 jeweils das am Ort der Leistungserbringung geltende Recht der Kassenärztlichen Vereinigung. Nach § 6 Abs. 1 Satz 1 setzten die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen für die in ihrem Bereich erbrachten Leistungen die Vergütung entsprechend den für ihren Bereich geltenden Regelungen für die Abrechnung ärztlicher Leistungen und ihre Vergütung und sonstigem autonomen Recht fest. Die Zuweisung der RLV in den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen erfolge nach § 6 Abs. 2 Satz 1 dem Abs. 1 entsprechend für die in dem jeweiligen Bereich erbrachten Leistungen durch die jeweils zuständige Kassenärztlichen Vereinigung. Die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen seien nach § 6 Abs. 2 Satz 2 verpflichtet, sich vor der Zuweisung der RLV bei KV-übergreifender Berufsausübung gegenseitig über die Ermittlung und Höhe des RLV zu unterrichten und bei Überschneidungen ggf. Anpassungen vorzunehmen. Aus dieser Unterrichts- und Anpassungspflicht lasse sich im Kontext der Regelungen keine Übertragbarkeit der RLV zwischen den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen ableiten. Denn aus der Unterrichts- und Anpassungspflicht gehe gerade nicht hervor, dass sich bei KV-übergreifender Berufsausübung eine honorarerhöhende Wirkung aus Zuweisungen einer anderen KV ergebe. Es gelte vielmehr nach den getroffenen Regelungen der Grundsatz der Honorarautonomie der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Leistungserbringung, die sich auch auf die RLV-Zuweisung erstrecke.

Die Beklagte habe mit der Beigeladenen und der KV Bremen am 5. August 2011 Grundsätze zu KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften beschlossen. Diese Grundsätze enthielten keine Vorgaben, die über die Regelungen des VM und der KV-übergreifenden Berufsausübungs-Richtlinie hinausgingen oder von ihnen abwichen, so dass Vertrauensschutzgesichtspunkte hier keine Rolle spielten, auch wenn die Klägerin erst am 14. Dezember 2011 Kenntnis von diesen Grundsätzen erhalten haben sollte. Nach den vorgenannten Grundsätzen errechnete die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung ein RLV lediglich für die im eigenen KV-Bereich zugelassenen Ärzte. Die Abrechnung der Leistungen erfolge bei der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Leistungserbringung und nach den Abrechnungsbestimmungen dieser Kassenärztlichen Vereinigung. Die praxisbezogene Verrechnung der RLV/QZV finde nur unter den Ärzten der bereichseigenen Betriebsteile der KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft statt.

Eine Rechtsgrundlage für eine Berücksichtigung der von der Beigeladenen zugewiesenen RLV/QZV innerhalb der Honorarberechnung der Beklagten bestehe nach alledem nicht. Soweit die Klägerin aus [§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in Verbindung mit den Vorgaben des Bewertungsausschusses, wonach RLV zwar arztbezogen ermittelt, aber praxisbezogen zugewiesen würden, ableiten möchte, dass dies vorliegend zu einer vollständigen Permeabilität der den einzelnen Praxispartnern zugewiesenen Volumina führe, könne dem nicht gefolgt werden. Denn Ausgangsgröße der Honorarverteilung und damit auch der Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV sei die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß [§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Die Honorarverteilung sei damit bereits im Ausgangspunkt strikt regionalisiert, so dass die Vorgaben zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV sich innerhalb dieses Systems notwendig nur auf den Bezirk der jeweiligen KV und der ihr angehörenden Mitglieder bezögen.

Der von der Klägerin herangezogene [§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) regle, dass für den Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung die Leistungen abweichend von [§ 87a Abs. 3 Satz 3](#) und 4 SGB V von den Krankenkassen mit den Preisen zu vergütet seien, die in der KV gölten, deren Mitglied der Leistungserbringer sei. Diese Regelung sei im Zusammenhang mit den Vorgaben für die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach [§ 87a Abs. 3 SGB V](#) zu lesen. [§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) verpflichte die regionalen Vertragspartner, die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die KV zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigungen zu vereinbaren. Hierzu vereinbarten die Vertragspartner den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen und bewerteten diese Leistungsmenge in EBM-Ä-Punkten mit dem nach [§ 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) vereinbarten Punktwert in Euro ([§ 87a Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V](#)). [§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) sehe demnach in diesem Regelungszusammenhang eine Korrektur der nach den Vorgaben von [§ 87a Abs. 3 SGB V](#) vereinbarten Gesamtvergütung für Fälle vor, in denen ein Versicherter einen Leistungserbringer aus einer Kassenärztlichen Vereinigung außerhalb seines Wohnorts in Anspruch nehme. In diesen Fällen müssten finanzielle Mittel von der

Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten, an welche die Krankenkasse des Versicherten Zahlungen im Rahmen der vereinbarten Gesamtvergütung entrichte, zu der Kassenärztlichen Vereinigung umgeleitet werden, der der in Anspruch genommene Leistungserbringer angehöre. Eine Ausgleichspflicht für den hier vorliegenden Fall, in dem ein Leistungserbringer außerhalb seines Zulassungsbezirks Leistungen erbringe, könne aus der Vorschrift hingegen nicht abgeleitet werden. Dies würde der gesamten Systematik der Vorgaben für die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung widersprechen. Denn hierdurch würden Gesamtvergütungsanteile, die die Krankenkassen am Ort des Vertragsarztsitzes des Leistungserbringers – hier S1 – mit befreiender Wirkung an die Beigeladene für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort in deren Bezirk entrichtet hätten, dieser Kassenärztlichen Vereinigung entzogen. Diese Gesamtvergütungsanteile stünden damit entgegen den gesetzlichen Vorgaben für die Vergütung des dortigen ermittelten Behandlungsbedarfs der Versicherten nicht zur Verfügung. Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass – wie die Beklagte zutreffend geltend macht – das Bedarfsplanungsrecht durch eine solche Gestaltung unterlaufen würde.

Schließlich lasse sich auch aus [§ 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2, Satz 2 und Satz 3 SGB V](#) keine Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ableiten, eine entsprechende Ausgleichspflicht zu regeln. [§ 75 Abs. 7 SGB V](#) sei im Zusammenhang mit der Ermöglichung der gemeinsamen Berufsausübung von mehreren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern in überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften über die Bezirksgrenzen einer KV hinaus (vgl. § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV) um den hier maßgeblichen Satz 3 ergänzt worden. Danach könne die Richtlinie nach [§ 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) auch Regelungen über die Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung sowie über Verfahren bei Disziplinarangelegenheiten bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen hätten, treffen, soweit hierzu nicht in den Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen seien. Eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Regelungen über den Transfer von Gesamtvergütungsanteilen in dieser Konstellation zu treffen, werde damit nicht begründet und würde der Systematik der Honorarverteilungsregelungen widersprechen.

Am 29. Juli 2015 hat die Klägerin Berufung eingelegt.

Sie führt aus, der Gesetzgeber habe ausweislich [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) gerade keine strikte Regionalisierung angeordnet. [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) beziehe sich nicht auf den Fall, in dem Versicherte Leistungen außerhalb des Bezirks in Anspruch nähmen, in dem ihr Wohnort liege. Die Vorschrift nehme vielmehr Bezug die Leistungserbringer. Da der Leistungserbringer, den ein Versicherter außerhalb seines Wohnortbezirks in Anspruch nehme, aber in der Regel Mitglied der für den Leistungsort zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sei, komme [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) in diesem Fall nicht zur Anwendung. Die Vorschrift regle vielmehr ausdrücklich solche Fälle, in denen ein Leistungserbringer außerhalb seiner heimatlichen Kassenärztlichen Vereinigung tätig werde. Somit verstießen die Vorgaben des Bewertungsausschusses, die die Honorarverteilung auch bezirksübergreifend anordnen, nicht gegen höherrangiges Recht. Ihre Geltung auch für bezirksübergreifend tätige Berufsausübungsgemeinschaften ergebe sich aus der arztpraxisbezogenen Zuweisung des RLV. Da der Bundesmantelvertrag – Ärzte – (BMV-Ä) nicht zwischen bezirksübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Berufsausübungsgemeinschaften innerhalb eines Bezirks unterscheide, stelle auch eine bezirksübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft eine Arztpraxis im Sinne des BMV-Ä dar.

Auch aus der KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie ergebe sich, dass nicht von einer strikten Regionalisierung auszugehen sei. Wenn schon [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) zeige, dass die überbezirkliche Durchführung vertragsärztlicher Versorgung auch den Wechsel eines Leistungserbringers in einen fremden Bezirk umfasse, müsse die Richtlinie sicherstellen, dass die zur Verfügung stehende Vergütung – der Gesetzgeber spreche insoweit nicht von Gesamtvergütung – die Kassenärztliche Vereinigung erreiche, in deren Bezirk die Leistung erbracht werde. Die Richtlinie sehe dementsprechend in § 6 Abs. 3 Satz 2 eine Pflicht, die RLV anhand der Informationen der anderen Kassenärztlichen Vereinigung anzupassen.

Durch den somit gesetzlich vorgezeichneten Transfer komme es auch nicht zu einer Schwächung der Versorgung in der heimatlichen Kassenärztlichen Vereinigung des wechselnden Vertragsarztes. Im vorliegenden Fall hätte Dr. J. das ihm zugewiesene RLV vielmehr ausschöpfen können. Das Argument, die Bedarfsplanung werde unterlaufen, greife angesichts der dargestellten rechtlichen Gesichtspunkte nicht, zumal die Bedarfsplanungsrichtlinie auch in Kenntnis der Möglichkeit bezirksübergreifender Berufsausübung novelliert worden sei.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 24. April 2015 sowie den Bescheid der Beklagten vom 21. November 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. April 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Honorarabrechnung der Klägerin für das Quartal II/2011 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung: Die in § 7 Abs. 8 der Anlage A zum VM getroffene Regelung entspreche den Vorgaben in der KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie. Soweit sich die Klägerin auf [§ 87a SGB V](#) berufe, regle diese Vorschrift schon nicht die Vergütung der Vertragsärzte, sondern lege Vereinbarungsmodalitäten und notwendige Anpassungsmaßnahmen zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung fest. Dies ergebe sich aus der Überschrift der Vorschrift sowie daraus, dass diese auf den Behandlungsbedarf der Versicherten Bezug nehme. [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) betreffe ausschließlich Fälle, in denen ein Versicherter einen Vertragsarzt in einem Bezirk in Anspruch nehme, in dem er (der Versicherte) nicht wohne. Soweit sich die Klägerin darauf berufe, dass [§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) auf den "Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung" Bezug nehme, ergebe sich aus der Gesetzessystematik, dass damit nicht die vorliegende Fallkonstellation gemeint sei. Aus [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) ergebe sich, dass die Gesamtvergütung ausschließlich für die vertragsärztliche Versorgung der Krankenkassenmitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen bestimmt sei. Grundlage für die Bemessung der Gesamtvergütung sei damit der Umfang der vertragsärztlichen Versorgung der regional ansässigen Versicherten. Andernfalls müsse im vorliegenden Fall ein Teil der Gesamtvergütung, die für die Versorgung der in S1 wohnhaften Versicherten bestimmt sei, für die Versorgung der in H. behandelten und vermutlich auch in H. wohnhaften Versicherten zur Verfügung gestellt werden, obwohl der Behandlungsbedarf der in S1 wohnhaften Versicherten nicht kleiner geworden sei. Diese Umverteilung sei systemwidrig.

Letztlich sei es eine unternehmerische Entscheidung des überbezirklich tätigen Partners einer Berufsausübungsgemeinschaft, an welchem konkreten Ort er tätig werde. Es gehöre nicht zum Pflichtenkreis einer kassenärztlichen Vereinigung, dafür zu sorgen, dass ein überbezirklich tätiger Vertragsarzt einen Honoraranspruch durch Übertragung von Gesamtvergütungsanteilen zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen erhalte.

Soweit sich die Klägerin darauf berufe, dass der BMV-Ä nicht zwischen bezirksübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften innerhalb eines Bezirks unterscheide, treffe dies nur eingeschränkt zu. Zwar sei der Begriff der Berufsausübungsgemeinschaft in § 1a Nr. 12 BMV-Ä einheitlich definiert und umfasse auch bezirksübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften. Allerdings treffe § 15b BMV-Ä eine Spezialregelung, deren Satz 3 für die Tätigkeit an örtlich unterschiedlichen Vertragsarztsitzen auf § 17 Abs. 1a BMV-Ä verweise. § 17 Abs. 1a BMV-Ä Sorge dafür, dass der Versorgungsbedarf der regional ansässigen Versicherten gedeckt werde, und bilde damit im Zusammenspiel mit der Bedarfsplanung ein Pendant zur versichertenbezogenen regionalen Bildung der Gesamtvergütung. Im Ergebnis bezögen sich die Regelungen des BMV-Ä zum Versorgungsauftrag eines in einer bezirksübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft zugelassenen Arztes auf seinen regionalen Vertragsarztsitz. Eine Regelung betreffend den Versorgungsauftrag im Bezirk der "fremden" kassenärztlichen Vereinigung gebe es nicht. Im Ergebnis stünden sich damit Gesamtvergütung/Honorar und Versorgungsauftrag äquivalent gegenüber.

Die Beigeladene

hat keinen Antrag gestellt.

Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung: [§ 87a Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) beziehe sich ausweislich der Begründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG) gerade auf Fälle, in denen ein Versicherter einen Leistungserbringer aus einer kassenärztlichen Vereinigung außerhalb seines Wohnorts in Anspruch nehme, und ordne eine Vergütung zu den Preisen an, die in der kassenärztlichen Vereinigung des Leistungserbringers gölten. Wenn das Gesetz bei unterschiedlichen Preisen Nachzahlungen oder Verrechnungen zwischen der betroffenen Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung, in der der Versicherte seinen Wohnort habe, vorsehe, betone dies gerade eine strikte Regionalisierung.

Der Senat hat am 1. Juni 2016 über die Berufung mündlich verhandelt. Auf das Sitzungsprotokoll wird verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Prozessakte, der beigezogenen Prozessakten der Verfahren mit dem Aktenzeichen S 3 KA 184/12, S [3 KA 13/12](#) ER und S 27 KA 18/12 ER Verwaltungsakte der Beklagten sowie der beigezogenen Verwaltungsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte ([§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz, SGG) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere form- und fristgerechte ([§ 151 SGG](#)) Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen.

I.) Die mit der Berufung weiterverfolgte Klage ist zulässig. Den Ausführungen des Sozialgerichts zur Beteiligtenfähigkeit der Klägerin ist nichts hinzuzufügen.

Einer Entscheidung in der Sache steht auch nicht entgegen, dass die Klägerin nicht auch Widerspruch gegen den Zuweisungsbescheid der Beklagten vom 30. März 2011 eingelegt hat. Zwar sahen die [§§ 87b Abs. 5, 85 Abs. 4 Satz 9 SGB V](#) in der im streitigen Quartal geltenden Fassung ausdrücklich eine verbindliche und der Bestandskraft fähige Elementenfeststellung durch Bescheid vor (vgl. BSG, Urteil vom 15. August 2012 - [B 6 KA 38/11 R](#), SozR 4-2500, § 87b Nr. 1; im Anschluss daran auch Sächsisches LSG, Urteil vom 20. März 2013 - [L 8 KA 33/11](#), juris, Rn. 20), allerdings ist der Eintritt der Bindungswirkung des Zuweisungsbescheides vom 30. März 2011 im vorliegenden Fall ausnahmsweise unschädlich: Die Klägerin beruft sich in der Sache nicht darauf, dass die Zuweisungen von RLV und QZV durch die Beklagte oder die Beigeladene für sich betrachtet fehlerhaft gewesen seien. Vielmehr begehrt sie - auf diese Zuweisungen aufbauend - gleichsam die Übertragung von Teilen der durch die Beigeladene zugewiesenen RLV bzw. QZV in die Honorarabrechnung seitens der Beklagten. Da sie dieses Begehren auch durch Anfechtung des Zuweisungsbescheides der Beklagten nicht hätte erreichen können, steht die Bestandskraft dieses Bescheides einer Sachentscheidung nicht entgegen.

Somit kann auch dahinstehen, ob die Klägerin in Anbetracht des Informationsschreiben der Beklagten vom 9. Juni 2010 ("KVH Telegramm Nr. 54", dort S. 4) trotz anderslautender und zutreffender Rechtsbehelfsbelehrung im Zuweisungsbescheid von der Einlegung eines Widerspruchs abgehalten worden ist (näher dazu Urteil des Senats vom 25. Februar 2015 - [L 5 KA 61/13](#), juris, Rn. 18). Insbesondere ist nicht aufzuklären, ob die Klägerin Kenntnis vom "KVH Telegramm Nr. 54" hatte, obwohl ihr einziges in H. ansässiges Mitglied (Dr. S.) offenbar erst nach Juni 2010 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen worden ist.

II.) Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind jedoch rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung ihrer Honorarabrechnung für das Quartal II/2011.

Dass die Beklagte die von ihr (durch Bescheid vom 30. März 2011) zugewiesenen Volumina zutreffend berücksichtigt hat, ist nicht streitig und auch nicht zu bezweifeln.

Die Beklagte hatte hierbei auch nicht etwa - wie die Klägerin meint - anderweitig (d.h. von der Beigeladenen) zugewiesene Volumina zu berücksichtigen. Gemäß § 2 Abs. 8 des VM vom 23. März 2010 (gültig ab dem 1. Juli 2010) galt für die Vergütung von Leistungen, die den zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit zu ermittelnden RLV und/oder den QZV unterlagen, die Anlage A zum VM, deren § 7 Abs. 8 bestimmte: "Originär in anderen als im Versorgungsbereich der KV Hamburg zugelassene oder ermächtigte Ärzte blieben bei der Zuweisung der RLV und/oder QZV und/oder Kapazitätsgrenzen unberücksichtigt. Werden solche Ärzte im Rahmen KV-bereichsübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften im Versorgungsbereich Hamburg tätig, so werden die von diesen Ärzten erbrachten Leistungen auf das RLV und/oder QZV und/oder die Kapazitätsgrenzen der Praxis, in der sie tätig sind, angerechnet."

Einschlägig war der VM deswegen, weil die Klägerin – was unstreitig ist – H. als den im Sinne von § 33 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV für die ortsgebundenen Abrechnungsregelungen maßgebenden Sitz gewählt hatte.

Weiterhin lässt sich § 7 Abs. 8 Satz 1 der Anlage A zum VM entnehmen, dass die Beklagte Vertragsärzten, die nicht in ihrem Bezirk zugelassen waren, auch keine RLV oder QZV zuzuweisen hatte. Hieraus folgt auf der Ebene der Vergütung, dass die diesen Ärzten von anderer Seite zugewiesenen RLV oder QZV bei der Honorarabrechnung durch die Beklagte keine Rolle spielten. Satz 2 der Vorschrift regelte dies ausdrücklich für den Fall, dass ein KV-fremder Arzt in H. tätig war. Hieraus folgt im Erst-Recht-Schluss, dass ein in H. zugelassener Arzt sich gegenüber der Beklagten nicht auf "bezirksfremde" RLV oder QZV berufen darf.

Die parallele Zuständigkeit sowohl der Beklagten als auch der Beigeladenen ergab sich hierbei – auf normhierarchisch unterster Ebene – aus den Grundsätzen Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein, nach deren Nr. 2 Buchstabe a die Abrechnung der Leistungen bei der am Ort der Leistungserbringung zuständigen kassenärztlichen Vereinigung erfolgt und sich nach deren Abrechnungsbestimmungen richtet. Hierbei werden Leistungen von KV-fremden Ärzten der Berufsausübungsgemeinschaft dem Betriebsteil zugerechnet, an dessen Sitz die Leistungen erbracht werden (Nr. 2 Buchstabe b Satz 2), und eine praxisbezogene Verrechnung von RLV und QZV findet nur unter den Ärzten der bereichseigenen Betriebsteile statt (Nr. 2 Buchstabe d). Es entspricht diesen Grundsätzen, die sowohl für die Beklagte als auch für die Beigeladene gelten, dass die Beklagte und die Beigeladene jeweils selbst über den Honoraranspruch – aufgeteilt anhand des Ortes der Leistungserbringung – entschieden haben. Die von der Klägerin gewollte Übertragung von RLV oder QZV war hierbei – wie dargelegt – ausdrücklich ausgeschlossen und das in den genannten Grundsätzen festgelegte rechtlich einheitliche Vorgehen der Beklagten und der Beigeladenen schließt Aporien, Normkollisionen oder andere denkbare Verwerfungen grundsätzlich aus.

Unschädlich ist hierbei auch, dass die Grundsätze Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein erst nach Abschluss des streitigen Abrechnungszeitraums vereinbart worden sind. Die Frage nach einer (retrospektiven oder retroaktiven) Rückwirkung, die unter Vertrauensschutzgesichtspunkten zu prüfen wäre, stellt sich nicht, denn die Grundsätze wirkten sich im vorliegend streitigen Quartal – da sich die für die Klägerin belastende Regelung aus einem bereits zuvor (am 1. Juli 2010) in Kraft getretenen VM ergibt – als reine Verfahrensvorschriften aus, die das Vorgehen der Beklagten und Beigeladenen harmonisierten und aus denen keine selbstständige Beschwerde folgte.

Diese Regelungen im VM vom 23. März 2010 und den Grundsätzen Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein sind entgegen der Auffassung der Klägerin auch mit höherrangigem Recht vereinbar. Sie entsprachen inhaltlich den Vorgaben aus § 6 Abs. 2 der KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie in der Fassung von Art. 1 Nr. 3 Buchstabe a des Beschlusses vom 8. März 2011 (DÄ 2011, S. 291). Die Vorschrift lautet:

"§ 6 Honorarbescheid (1) Die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen setzen jeweils bei den Tätigkeitsformen nach § 1 Abs. 2 für die in ihrem Bereich erbrachten Leistungen die Vergütung entsprechend den für ihren Bereich geltenden Regelungen für die Abrechnung ärztlicher Leistungen und ihre Vergütung und sonstigem autonomen Recht die Vergütung fest. Sie erlassen darüber einen Honorarbescheid, der unter dem Vorbehalt zu erteilen ist, dass sich nicht aus der Prüfung nach § 5 Berichtigungen ergeben.

(2) Die Zuweisung der Regelleistungsvolumen in den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt dem Abs. 1 entsprechend für die in dem jeweiligen Bereich erbrachten Leistungen durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, sich vor der Zuweisung der Regelleistungsvolumen bei KV-übergreifender Berufsausübung gegenseitig über die Ermittlung und Höhe des Regelleistungsvolumens zu unterrichten und bei Überschneidungen ggf. Anpassungen vorzunehmen.

(3) Die Kassenärztliche Vereinigung, welche einen Honorarbescheid erlässt, erhebt entsprechend ihren Regelungen Verwaltungskosten."

Die Ermächtigung zum Erlass der Vorschrift folgt aus [§ 75 Abs. 7 Satz 3, Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) in der Fassung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG, vom 22. Dezember 2006, [BGBl. I 3439](#)), wonach die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in Richtlinien die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln haben, soweit nicht in Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind, und hierbei auch Regelungen über die Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung sowie über Verfahren bei Disziplinarangelegenheiten bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen haben, treffen können, soweit hierzu nicht in den Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind.

§ 6 Abs. 2 der KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie lässt sich unter Anwendung der juristisch zulässigen Auslegungsmethoden entnehmen, dass eine Kassenärztliche Vereinigung bei Erlass des Honorarbescheides nicht auch die von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung zugewiesenen RLV und QZV zu berücksichtigen hat. Zwar regelt § 6 Abs. 2 Satz 1 der KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie seinem Wortlaut nach die von der Honorarabrechnung bereits begrifflich verschiedene Zuweisung von RLV und QZV und trifft damit – bei einer rein grammatikalischen Auslegung – keine Regelung zur Honorarabrechnung. Dies gilt umso mehr, als ihr Satz 2 eine – im weitesten Sinne verstandene – Verfahrensbestimmung enthält, die ersichtlich nicht den Erlass von Honorarbescheiden betrifft.

Dem steht allerdings zunächst die systematische Auslegung entgegen: Die fragliche Bestimmung ist Teil der mit der amtlichen Überschrift "Honorarbescheid" versehenen Regelung und steht systematisch zwischen einer Bestimmung, die die örtlichen Zuständigkeit sowie die Einschlägigkeit bezirksspezifischen Rechts regelt (Abs. 1 der Vorschrift) und einer Regelung über Verwaltungskosten (Abs. 3). Sie betrifft somit nicht allein die Zuweisung von RLV und QZV, sondern auch deren Auswirkungen auf die Vergütung, wobei sie das Prinzip der Trennung nach Bezirken in augenfälliger Weise beibehält.

Auch die teleologische Auslegung stützt diesen Befund und zeigt zugleich, dass die Vorschrift auch mit höherrangigem Recht vereinbar ist: § 6 der KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie liegt der Rechtsgedanke einer Trennung von Zuweisung und Abrechnung nach Bezirken zugrunde.

Ausgangspunkt der Auslegung ist – wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat – der (seinerzeit insbesondere um [§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) ergänzte) Grundsatz des [§ 85 Abs. 1 SGB V](#), wonach die Krankenkasse nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige

Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen entrichtet. Die Gesamtvergütung bestimmt somit das Ausgabenvolumen, und eine Vergütung von Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung bedarf einer besonderen gesetzlichen Ermächtigung (BSG, Urteil vom 27. Juni 2012 - [B 6 KA 28/11 R](#), SozR 4-2500 § 87 Nr. 26 = juris, Rn. 61; Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB, [§ 85 SGB V](#) Rn. 14 und 14a). Die im streitigen Quartal geltenden Regelungen zur Steuerung der Leistungsmenge knüpften hierbei ebenfalls an die Verhältnisse im Bezirk der für die Zuweisung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung an. Dies ergab sich insbesondere aus [§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) (in der Fassung des GKV-WSG vom 26. März 2007, [BGBl. I 378](#)), wonach die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung zu vereinbaren waren, und aus [§ 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) (ebenfalls in der Fassung des GKV-WSG), wonach bei der Bestimmung des RLV insbesondere die Summe der für einen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu berücksichtigen war. Dass die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung in [§ 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 SGB V](#) (der eine Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 75 Abs. 7](#) und 7a SGB V vorschrieb) eigener Erwähnung bedurfte, spricht gerade für ein Regel-Ausnahme-Verhältnis im Sinne einer Regionalisierung. Dem gesetzlichen System, das in diesen Vorschriften seinen Ausdruck findet, ist indes die Übertragung KV-fremder RLV und QZV grundsätzlich fremd.

Die Klägerin kann sich auch nicht mit Erfolg darauf berufen, [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) und zu einem gewissen Grade auch [§ 75 Abs. 7a SGB V](#) sähen gerade für überbezirkliche Berufsausübungsgemeinschaften Sonderregelungen vor. Die Vorschriften selbst lassen lediglich erkennen, dass der Gesetzgeber den Sonderfall einer nicht näher definierten "überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung" gesehen und darauf mit einer Sonderregelung reagiert hat, die die Einschlägigkeit KV-spezifischer Vergütungsregelungen betrifft. Anders als die Klägerin meint, folgt hieraus aber gerade nicht, dass das Gesetz an dieser Stelle ein Sonderregime für Konstellationen wie die vorliegende hätte schaffen wollen: Die Regelung, wonach für den Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung die Leistungen von den Krankenkassen mit den Preisen zu vergüten sind, die im Bereich der kassenärztlichen Vereinigung gelten, deren Mitglied der Leistungserbringer ist, betrifft den Fall, in dem für den Versicherten anderes Recht gilt als für den Arzt. Dieser Fall kann eintreten, wenn entweder der Versicherte einen Arzt außerhalb "seines" Bezirks aufsucht (hier: ein in S1 wohnhafter Versicherter lässt sich in H. von einem dort zugelassenen Arzt behandeln) oder wenn der Arzt Versorgungsleistungen außerhalb "seines" Bezirks erbringt (hier: ein in H. zugelassener Arzt behandelt Versicherte in S1). Allerdings passt die gesetzliche Regelung nicht zu der zuletzt geschilderten Fallkonstellation: Ein in H. zugelassener Vertragsarzt, der in einen anderen KV-Bezirk fährt und dort wohnhafte Versicherte behandelt, erfüllt - wirtschaftlich gesprochen - letztlich den Sicherstellungsauftrag der dortigen Gesamtvertragspartner, weswegen nicht einzusehen ist, dass für seine "auswärtige" Tätigkeit "H. Konditionen" gelten sollten. Anders ist es in der zuerst geschilderten Fallkonstellation: Da [§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) den Versicherten die freie Arztwahl garantiert und Vertragsärzte ihrer Behandlungspflicht unabhängig davon unterliegen, wo der Versicherte seinen Wohnort hat (BSG, Beschluss vom 23. März 2011 - [B 6 KA 74/10 B](#), juris, Rn. 13), ist es nur folgerichtig, dass ein Vertragsarzt, der in H. zugelassen ist, für seine in H. erbrachte Behandlung auch dann nach "H. Preisen" abrechnet, wenn der Patient nicht in H. wohnt. [§ 87a Abs. 3 SGB V](#) ist daher als Regelung des sog. Fremdkassenausgleichs zu verstehen, d.h. er regelt den Fall, in dem ein Versicherter einen Leistungserbringer aus einer Kassenärztlichen Vereinigung außerhalb seines Wohnorts in Anspruch nimmt (Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB, [§ 87a Rn. 73](#)).

Im Übrigen lässt sich die Differenzierung zwischen regional unterschiedlichen Preisen auch auf die Ausschöpfung von RLV und QZV übertragen: Eine Übertragbarkeit der von der Beigeladenen zugewiesenen Volumina auf Leistungen, die ein in H. zugelassener Arzt in H. erbringt, wäre nur dann zu rechtfertigen, wenn sie ausschließlich auf die Behandlung S1 Versicherter Anwendung fände. Die gedankliche Konstruktion, auf die sich die Klägerin stützt, läuft aber darauf hinaus, dass die Beigeladene der Beklagten auch zu einem Ausgleich dafür verpflichtet sein soll, dass S1 Versicherte weniger Behandlungen in Anspruch nehmen als H ...

Weiterhin ergibt sich eine Definition des in [§ 87a Abs. 3a SGB V](#) verwendeten Begriffs der "überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung" auch nicht aus der Zusammenschau von [§ 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) mit Satz 3 der Vorschrift, denn dieser ist (durch das VÄndG) erst vor dem Hintergrund der Ermöglichung der gemeinsamen Berufsausübung in überbezirklichen Berufsausübungsgemeinschaften (vgl. [§ 33 Abs. 2 Ärzte-ZV](#) bzw. [Zahnärzte-ZV](#)) eingefügt worden ([BT-Drs. 16/2474, S. 19](#)).

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem in [§ 75 Abs. 7 Satz 3 SGB V](#) normierten Vorbehalt zugunsten von Vereinbarungen in den Bundesmantelverträgen. Soweit die Klägerin anhand allgemeiner Vorschriften des BMV-Ä argumentiert, dass dieser nicht zwischen bezirksübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Berufsausübungsgemeinschaften innerhalb eines Bezirks unterscheidet und deswegen auch eine bezirksübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft eine Arztpraxis im Sinne des BMV-Ä darstelle, regelt [§ 15b Satz 1 BMV-Ä](#) (eingefügt mit Wirkung zum 1. Juli 2007, [DÄ 2007 A-1684](#)), dass für Berufsausübungsgemeinschaften, welche Vertragsarztsitze in Bereichen mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen haben, ergänzend die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß [§ 75 Abs. 7 SGB V](#) gelten. Dies lässt sich nur dahingehend verstehen, dass die Partner des BMV-Ä von dem ihnen eingeräumten Vorbehalt insoweit keinen Gebrauch gemacht haben.

Abschließend ist es auch nicht etwa so, dass die geschilderte Rechtslage die vom Gesetzgeber anerkannte Ausübung des Arztberufs in überbezirklicher Berufsausübungsgemeinschaft praktisch unmöglich gemacht hätte. Der Klägerin stand jedenfalls die vom Sozialgericht aufgezeigte Möglichkeit offen, von der Beigeladenen zugewiesene RLV und QZV durch ärztliche Behandlung im Bezirk der Beigeladenen auszuschöpfen. Für ein Optimierungsgebot dergestalt, dass geltendes Recht stets möglichst zugunsten bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften auszulegen sei, gibt es hingegen keinen normativen Anhaltspunkt.

III.) Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Außergerichtliche Kosten der Beigeladenen sind nicht zu erstatten, da diese keinen Antrag gestellt hat ([§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 162 Abs. 3 VwGO](#)). Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved
2017-07-13