
Datum: 25.07.2012
Gericht: Sozialgericht Düsseldorf
Spruchkörper: 33. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 33 KA 115/09
ECLI: ECLI:DE:SGD:2012:0725.S33KA115.09.00

Sachgebiet: Vertragsarztangelegenheiten
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:
Die Klage wird abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin.

-
- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit des Bescheides über die Zuweisung des Regelleistungsvolumens (RLV) für das Quartal I/2009. 2
- Bei der Klägerin handelt es sich um eine Berufsausübungsgemeinschaft, der im streitigen Quartal acht Radiologen und ein Nuklearmediziner, alle niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen in L, angehört haben. Mit Bescheid vom 08.12.2008 und Korrekturbescheid vom 05.03.2009 wies die Beklagte der Praxis der Klägerin unter Zugrundelegung der jeweiligen Fallwerte der vertretenen Arztgruppen sowie jeweils unter der durchschnittlichen RLV-relevanten Fallzahl der Arztgruppe liegender individueller RLV-relevanter Fallzahlen ein RLV in Höhe von insgesamt 447.397,32 ? zu. Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruchs beanstandete die Klägerin im Wesentlichen, dass der Praxis der 10%ige Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften vorenthalten werde. Die Widerspruchsstelle der Beklagten wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 16.03.2009, auf dessen Inhalt wegen der Begründung verwiesen wird, zurück. 3
- Hiergegen richtet sich die rechtzeitig erhobene Klage, zu deren Begründung im Wesentlichen vorgetragen wird, die Zuweisung des RLV sei nicht fristgerecht nach § 87 b Abs. 5 Satz 4 SGB V erfolgt. Unter dem Aspekt der Honorargerechtigkeit sei ferner nicht einzusehen, weshalb der Klägerin der Zuschlag von 10 % für Berufsausübungsgemeinschaften nicht 4

zugebilligt werde. Allein der Umstand, dass ein Gesellschafter Nuklearmediziner und insofern nicht fachgleich sei, rechtfertige es nicht, auch bei allen anderen Mitgliedern der Gemeinschaftspraxis den Zuschlag zu versagen. Nicht zu ersehen sei, weshalb bei der Festsetzung der Regelleistungsvolumen bei den einzelnen Mitgliedern der Gemeinschaftspraxis unterschiedliche Gewichtungsfaktoren Versichertenstruktur angesetzt worden sei, obwohl es sich um eine einheitliche Praxis handle. Im Übrigen sei hierfür eine Ermächtigungsgrundlage nicht zu erkennen. Die Ermittlung der Fallwerte der Arztgruppe allein durch eine Division des zur Verfügung stehenden Honorarvolumens durch die insgesamt erbrachte Anzahl entsprechender Leistungen müsse von vornherein zu absurden Ergebnissen führen. Zur Ermittlung eines Honorars, das den Grundsätzen einer angemessenen Vergütung entspreche, hätte es vielmehr einer weitergehenden Gewichtung bedurft. Um zu einem arzt- und praxisbezogenen RLV zu kommen, hätten zumindest die im Vorjahresquartal von den betreffenden Ärzten erbrachten Leistungen erfasst und im Hinblick auf den Fallwert der Arztgruppe gewichtet werden müssen. Ferner habe der Erweiterte Bewertungsausschuss die gesetzlichen Vorgaben nicht umgesetzt. Die Gesetzeswidrigkeit beginne bereits damit, dass entsprechend § 87 b Abs. 3 Satz 6 SGB V die Morbidität nicht mit dem Kriterium „Geschlecht“ abgebildet worden sei. Auch die Ermittlung der sogenannten HVV-Quoten sei nicht frei von willkürlichen Erwägungen, sondern offensichtlich nach Opportunitätsgesichtspunkten erfolgt, in dem für den Osten normativ erhöhte Quoten angenommen worden seien. Besonders eklatant werde die willkürliche Behandlung bei der Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge 2009. Diese habe der Bewertungsausschuss auf 5,1 % festgesetzt, ohne dass diesem Beschluss auch nur ansatzweise eine Begründung dafür zu entnehmen sei. Zu beanstanden sei ferner die Anwendung der Quote von 9,7 % zur EBM-Anpassung. Der EBM-bedingte Leistungsbedarf sei in den einzelnen Fachgruppen völlig unterschiedlich ausgefallen. Unabhängig davon führe die Berücksichtigung der EBM-Quote faktisch dazu, dass der Orientierungspunktwert um nahezu 10 % abgesenkt werde, ohne dass sich dafür eine Rechtsgrundlage finden lasse. Im Ergebnis bedeute die Berechnungsweise des Bewertungsausschusses, dass die Erhöhungen des EBM 2008 gerade nicht zum Tragen gekommen seien, weil man die Gesamtvergütungen um den EBM-Effekt bereinigt habe. Zu rügen sei auch, dass der Bewertungsausschuss bei der Ermittlung des Orientierungspunktwertes für das Jahr 2009 auf die im Jahr 2007 gezahlten Gesamtvergütungen zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs zurückgegriffen habe. Jedenfalls die Daten für das I. Quartal 2008 hätten bei der Beschlussfassung vorgelegen. Zu beanstanden sei ferner die Berücksichtigung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen durch die HVV-Quote, da die jeweils abgerechneten Leistungen in denjenigen KV-Bereichen zu negativen Auswirkungen auf die zur Verfügung stehende Honorarmenge geführt hätten, die besonders wirksame Honorarbegrenzungsregelungen gehabt hätten, wie z.B. in Hessen und Nordrhein. Im Hinblick auf den in Artikel 3 Grundgesetz niedergelegten Gleichheitssatz hätte bei Kassenärztlichen Vereinigungen mit unzulänglichen Begrenzungsregelungen die zur Verfügung gestellte Leistungsmenge von vornherein nach unten angepasst werden oder bei den anderen Kassenärztlichen Vereinigungen eine Erhöhung des Punktzahlvolumens erfolgen müssen. Schließlich liege ein Rechtsverstoß auch insoweit vor, als der Erweiterte Bewertungsausschuss keine Indikatoren für die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten hinsichtlich der Versorgungs- und Kostenstrukturen bestimmt habe.

Die Klägerin beantragt,

5

den Bescheid vom 08.12.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.03.2009 aufzuheben und die Beklagte zu beurteilen, über die Zuweisung des Regelleistungsvolumens für das Quartal I/ 2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

6

Die Beklagte beantragt,	7
die Klage abzuweisen.	8
Die Beklagte macht geltend, die Zuweisung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens sei rechtmäßig und entspreche den Vorgaben des Gesetzes, der Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses sowie des Vergütungsvertrages für das Jahr 2009. Die weiteren Ausführungen der Klägerin zu den Teilen A und B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschlusses vom 27./28.08.2008 erschienen mit Blick auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 31.08.2005 ? B 6 KA 6/04 R ? insgesamt problematisch; fraglich sei, ob der Klägerin im Hinblick auf das vertragsarztrechtliche Regelungskonzept die Befugnis zu der von ihr begehrten Überprüfung überhaupt zustehe. Der Auffassung, der Ausgangsbescheid sei wegen verspäteter Bekanntgabe rechtswidrig und entfalte keine Rechtswirkungen, sei nicht zu folgen. Bei der in § 87 b Abs. 5 SGB V genannten Frist handele es sich um eine Ordnungsfrist. Der 10%ige Aufschlag für Berufsausübungsgemeinschaften sei von der Gestaltungsfreiheit des Normgebers umfasst und somit rechtmäßig. Der Rüge, die Ermittlung der Fallwerte sei nicht rechtmäßig, sei entgegenzuhalten, dass der HVV auf der Basis der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses die Berechnung, insbesondere in Anlage B 4, normiere. Eine willkürliche oder sachwidrige Ermittlung der Fallwerte sei nicht zu erkennen. Die von der Klägerin aufgezeigten Berechnungen stellten lediglich eine andere Berechnungsweise dar. Hinsichtlich der Ermächtigungsgrundlage für den Gewichtungsfaktor ?Versichertenstruktur? und dessen Berechnung sei auf Ziff. 3.2.2 Teil F des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 i.V.m. Ziff. 6 Anlage 2 zum vorgenannten Beschluss sowie § 5 Abs. 2 Teil B des Vergütungsvertrages für das Quartal I/2009 i.V.m. Schritt 5 Anlage B 4 hinzuweisen. Zusammenfassend sei festzustellen, dass die Berechnungen der Beklagten den Vorgaben des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses Teil F vom 27./28.08.2008 in seiner jeweils geltenden Fassung, an die die Beklagte mangels Verwaltungskompetenz gebunden sei, entsprächen. Der Bewertungsausschuss habe seine weitreichende Regelungskompetenz auch nicht überschritten.	9
Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte sowie des beigezogenen Verwaltungsvorganges der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, ergänzend Bezug genommen.	10
Entscheidungsgründe:	11
Die Klage ist zulässig, insbesondere ist das erforderliche Rechtsschutzbedürfnis nicht wegen einer zwischenzeitlich eingetretenen Bestandskraft des Abrechnungsbescheides für das Quartal I/2009 entfallen. Die Klage ist jedoch nicht begründet, denn die Klägerin ist durch den angefochtenen Bescheid über die Zuweisung des Regelleistungsvolumens für das Quartal I/2009 nicht beschwert im Sinne des § 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG), weil dieser nicht rechtswidrig ist. Der Beschluss entspricht den für das Quartal I/2009 geltenden Regelungen des nordrheinischen Honorarverteilungsvertrages (Rheinisches Ärzteblatt I/2009, Seite 58 ff.), die auf den Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 und des Bewertungsausschusses vom 17.10.2008 und 23.10.2008 beruhen, welche ihrerseits, jedenfalls soweit für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit der Zuweisung des RLV der Klägerin relevant, den gesetzlichen Vorgaben entsprechen.	12
Eine Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides folgt zunächst nicht daraus, dass die Zuweisung des RLV nicht innerhalb der Frist des § 87 b Abs. 5 Satz 1 SGB V in der bis	13

31.11.2011 geltenden Fassung erfolgt war. Denn wie das Bundessozialgericht zwischenzeitlich unter Abänderung der Entscheidung der Kammer vom 06.04.2011 ? S 33 KA 217/09 ? entschieden hat, handelt es sich bei der Frist des § 87 b Abs. 5 Satz 1 SGB V um eine bloße Ordnungsvorschrift (Terminbericht Nr. 45/12 vom 16.08.2012 zum Verfahren B 6 KA 38/11 R), deren Nichteinhaltung bei Bekanntgabe des RLV vor seinem Geltungszeitraum keine Rechtsfolgen auslöst.

Auch im Übrigen erweist sich der angefochtene Bescheid der Beklagten nicht als rechtswidrig, da eine unzulässige Abweichung von den Vorgaben der Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens der Klägerin nicht ersichtlich ist oder vorgetragen wird und die Regelungen der Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses unter Berücksichtigung des Gestaltungsspielraumes des Normgebers im Rahmen der danach eingeschränkten gerichtlichen Überprüfbarkeit nicht zu beanstanden sind. 14

Gem. § 87 b Abs. 2 Satz 1 SGB V in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung sind zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen. Ein solches Regelleistungsvolumen ist nach § 87 b Abs. 2 Satz 2 SGB V die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der EURO-Gebührenordnung gem. § 87 a Abs. 2 SGB V enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. Die Werte für die Regelleistungsvolumina nach § 87 b Abs. 2 SGB V sind gem. § 87 b Abs. 3 Satz 1 SGB V morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen. Nach § 87 b Abs. 4 SGB V a.F. bestimmt der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31.08.2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten. Für das Jahr 2009 geben §§ 87 Abs. 2 b Satz 1 Nr. 1 ? 3, 87 c SGB V zunächst die Bildung eines bundesweiten Orientierungspunktwertes in EURO vor. Dieser ist rechnerisch durch die Division des Finanzvolumens durch die Leistungsmenge zu ermitteln. Das Finanzvolumen ergibt 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 (§ 87 c Abs. 1 Satz 3 SGB V). Die Leistungsmenge ist als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abzubilden. Sie ergibt sich aus der Hochrechnung der dem Bewertungsausschuss vorliegenden aktuellen Abrechnungsdaten, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassen. Bei dieser Hochrechnung sind Simulationsberechnungen zu den Auswirkungen des zum 01.01.2008 in Kraft getretenen EBM auf die von den Ärzten abgerechnete Leistungsmenge sowie unterjährige Schwankungen der Leistungsmenge im Zeitverlauf entsprechend der in den Vorjahren zu beobachtenden Entwicklung zu berücksichtigen (§ 87 b Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V). Für die Hochrechnung nach Satz 4 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Bewertungsausschuss unentgeltlich bis zum 01.06.2008 die ihnen vorliegenden aktuellen Daten über die Menge der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassen, jeweils nach sachlicher und rechnerischer Richtigstellung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen (§ 87 c Abs. 1 Satz 6 SGB V). 15

Diese gesetzlichen Vorgaben hat der (erweiterte) Bewertungsausschuss in seinen Beschlüssen in nicht zu beanstandender Weise umgesetzt. Zu berücksichtigen ist dabei, dass dem Bewertungsausschuss bei der ihm übertragenen Aufgabe der Konkretisierung des Inhalts der zu treffenden Regelungen ein Gestaltungsspielraum zukommt, der von der Rechtsprechung zu respektieren ist. (vgl. nur Bundessozialgericht, Urteil vom 17.03.2010 - B 6 KA 43/08 R -). Die richterliche Kontrolle untergesetzlicher Normen beschränkt sich darauf, ob die äußersten rechtlichen Grenzen der Rechtssetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden, was erst dann der Fall ist, wenn die getroffene Regelung in einem groben Missverhältnis zu den mit ihr verfolgten legitimen Zwecken steht, also in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig ist (vgl. hierzu Bundessozialgericht, Urteil vom 28.05.2008 ? P 6 KA 49/07 R -). Die gerichtliche Kontrolle von Entscheidungen des Bewertungsausschusses ist somit im Wesentlichen auf die Prüfung beschränkt, ob sich die untergesetzliche Norm auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen kann und ob die Grenzen des Gestaltungsspielraumes eingehalten sind. Der Bewertungsausschuss überschreitet den ihm eröffneten Gestaltungsspielraum, wenn sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass seine Entscheidungen von sachfremden Erwägungen getragen sind oder dass es im Lichte von Artikel 3 Abs. 1 Grundgesetz keinerlei vernünftige Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich ungleichen bzw. für die ungleiche Behandlung von im Wesentlichen gleichgelagerten Sachverhalten gibt. Diese Anforderungen an die Intensität der gerichtlichen Kontrolle untergesetzlicher Normen bedürfen der Modifizierung, sofern das Normprogramm auf tatsächliche Verhältnisse Bezug nimmt und/oder eine Regelung als sogenannte zahlenförmige Norm getroffen wird. Macht eine Norm tatsächliche Umstände zur Grundlage ihrer Regelung, erstreckt sich die gerichtliche Überprüfung insbesondere darauf, ob die Festlegung frei von Willkür ist. Dies ist der Fall, wenn bei allen Arztgruppen nach denselben Maßstäben verfahren wurde, aber auch dann, wenn weitere Gesichtspunkte eine differenzierte Regelung sachlich rechtfertigen. Enthält eine Honorierungsregelung, die als solche keine Grundrechtsbeeinträchtigung von gewisser Intensität betrifft, als Tatbestandsmerkmale Zahlen oder Formeln, haben die Gerichte zu prüfen, ob sachliche Gründe erkennbar sind, die die getroffene Festlegung als nicht willkürlich erscheinen lassen. Die gerichtliche Kontrolldichte speziell der Entscheidungen des Bewertungsausschusses darf dabei allerdings nicht überspannt werden. Denn der an den Bewertungsausschuss gerichtete gesetzliche Gestaltungsauftrag zur Konkretisierung der Grundlagen der vertragsärztlichen Honorarverteilung umfasst auch den Auftrag zu einer sinnvollen Steuerung des Leistungsgeschehens. Hierzu bedarf es komplexer Kalkulationen, Bewertungen, Einschätzungen und Prognosen, die nicht jeden Einzelfall abbilden können, sondern notwendigerweise auf generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen angewiesen sind. Die gerichtliche Überprüfung eines komplexen und auch der Steuerung dienenden Regelungsgefüges darf sich deshalb nicht isoliert auf die Bewertung eines seiner Elemente beschränken, sondern muss stets auch das Gesamtergebnis der Regelung mit in den Blick nehmen. Die Richtigkeit jedes einzelnen Elements in einem mathematischen, statistischen oder betriebswirtschaftlichen Sinne ist deshalb nicht Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit der gesamten Regelung (vgl. dazu Bundessozialgericht, Urteil vom 28.05.2008 a.a.O.).

Im Rahmen der in diesem Sinne eingeschränkten Überprüfbarkeit erweisen sich die dem nordrheinischen Honorarverteilungsvertrag und dem darauf beruhenden Bescheid der Beklagten zugrundeliegenden Regelungen in den Beschlüssen des (erweiterten) Bewertungsausschusses nicht als rechtswidrig.

17

18

Dies gilt zunächst hinsichtlich der Nichtgewährung des Zuschlags für arztgruppengleiche Berufsausübungsgemeinschaften entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 17.10.2008. Die Berücksichtigung des 10%igen Zuschlags für arztgruppengleiche Berufsausübungsgemeinschaften bei der Berechnung des zutreffenden RLV korrespondiert dem in den Allgemeinen Bestimmungen B I Nr. 5.1 EBM geregelten Aufschlag auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen. Dieser findet seine sachliche Rechtfertigung in dem Ausgleich des Nachteils, der arztgruppengleichen Berufsausübungsgemeinschaften dadurch entsteht, dass diese die genannten Pauschalen jeweils nur einmal im Behandlungsfall abrechnen können, während die jeweiligen Pauschalen für arztgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften gegebenenfalls auch nebeneinander abrechenbar sind. Da die Klägerin im Behandlungsfall neben der radiologischen Konsiliarpauschale gegebenenfalls auch die nuklearmedizinische Konsiliarpauschale abrechnen kann, besteht die Notwendigkeit des Ausgleichs eines eventuellen Nachteils gegenüber arztgruppenübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften im Fall der Klägerin nicht.

Die Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses sind auch nicht deshalb rechtswidrig, weil gem. Teil A, Ziff. 1.3.1 des Beschlusses vom 27./28.08.2008 bei der Festlegung des Orientierungspunktwertes für das Jahr 2009 entgegen § 87 c Abs. 1 SGB V nicht auf das Finanzvolumen des Jahres 2008, sondern auf die Werte des Jahres 2007 zurückgegriffen worden ist. Mit dem Sozialgericht in Marburg (Urteil vom 06.10.2010 - S 11 KA 340/09 -) und dem Sozialgericht Mainz (Urteil vom 04.01.2012 - S 14 KA 256/09 -) geht auch die erkennende Kammer davon aus, dass, da die notwendigen Werte wegen des gesetzlich vorgeschriebenen Zeitpunktes der Beschlussfassung bis zum 31.08.2008 allenfalls für das erste Quartal des Jahres 2008 zur Verfügung gestanden haben und es sich bei dem Jahr 2007 um das jüngste vollständig abgerechnete Leistungsjahr gehandelt hat, nicht zu beanstanden ist, zumal die Grundlohnsummensteigerungen für die Jahre 2008 und 2009 berücksichtigt worden sind.

19

Entsprechendes gilt auch für die Festlegung einer bundeseinheitlichen HVV-Quote gemäß Teil A Ziff.2.2 sowie einer für alle Arztgruppen einheitlichen EBM-Quote zur Berücksichtigung der Auswirkungen des zum 01.01.2008 in Kraft getretenen EBM gem. Teil A Ziff. 3. Insbesondere vor dem Hintergrund der Befugnis des Bewertungsausschusses zur Schaffung generalisierender, pauschalierender und typisierender Regelungen geht die Kammer auch insoweit mit den Sozialgericht Marburg und Mainz von der Vereinbarkeit des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses mit höherrangigem Recht aus und nimmt zur Vermeidung von Wiederholungen auf deren Ausführungen (a.a.O.) Bezug.

20

Eine andere Beurteilung ist insoweit auch nicht deshalb geboten, weil Teil B Ziff. 1.2 des Beschlusses zur Festlegung der Leistungsmenge nach Wertstellung bei der Berechnung des Behandlungsbedarfs für die erstmalige Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2009 für Versicherte mit Wohnsitz in den neuen Bundesländern eine erhöhte HVV-Quote vorgesehen hat. Auch insoweit geht die Kammer mit den Sozialgerichten Marburg und Mainz davon aus, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss jedenfalls die äußersten rechtlichen Grenzen seiner Rechtssetzungsbefugnis nicht überschritten hat, so dass es nicht darauf ankommt, ob die beabsichtigte Angleichung des West-Ost-Vergütungsgefälles (vgl. dazu den Schriftsatz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 02.04.2011 im Verfahren S 14 KA 137/09) eine hinreichende sachliche Rechtfertigung der unterschiedlichen Behandlung der KV-Bezirke darstellt. Auch die Festlegung der HVV-Quote für den KV-Bezirk Nordrhein auf 0,9155 beinhaltet keine sachlich ungerechtfertigte Benachteiligung, die sich als schlichtweg

21

unverhältnismäßig und unvertretbar darstellen würde. Wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (a.a.O.) im Einzelnen dargelegt hat, erfolgt die Korrektur der bundeseinheitlichen Betrachtungsweise der HVV-Quoten insbesondere zur Sicherstellung der Finanzierung der vertragsärztlichen Versorgung in den Regionen, in denen die Preisvereinheitlichung durch den bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert sowie die Berücksichtigung einer einheitlichen HVV-Quote zu einer besonderen Benachteiligung geführt hätten, wobei sich für den Bezirk Nordrhein sogar eine Erhöhung ergeben hat. Zuzugeben ist der Klägerin zwar, dass KV-Bezirke, die im Jahre 2007 besonders wirksame Honorarbegrenzungsregelungen hatten, eine gewisse Schlechterstellung erfahren haben. Dies führt jedoch nicht zwingend dazu, dass eine weitere Anpassung zur Berücksichtigung des jeweiligen Wirkungsgrades der einzelnen Begrenzungsregelungen hätte erfolgen müssen. Denn im Rahmen seines Gestaltungsspielraumes war der (erweiterte) Bewertungsausschuss nicht verpflichtet, von einer pauschalen Regelung abzusehen und stattdessen jeder regionalen Besonderheit Rechnung zu tragen.

Anders als die Klägerin vermag die Kammer auch in der Festlegung der Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge 2009 gemäß Teil B Ziff. 4 des Beschlusses vom 27./28.08.2008 auf 5,1 % keine eklatant willkürliche Behandlungsweise zu erkennen. Die Festsetzung der Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge beruht auf dem gesetzlichen Auftrag des § 87 c Abs. 4 Satz 3 SGB V, der ausdrücklich keine konkrete Berechnungsweise, sondern eine Schätzung anhand der Kriterien des § 87 a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 ? 4 SGB V vorsieht. Wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (a.a.O.) dargelegt hat, beruht die Festlegung der Veränderungsrate auf einem Schlichtungsvorschlag zu den gegensätzlichen quantitativen Analysen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zu den genannten Kriterien. Sie stellt daher letztlich eine Schätzung dar, die sich im Rahmen des gesetzlichen Auftrags bewegt und wegen des dem Erweiterten Bewertungsausschuss zustehenden Gestaltungsspielraumes zu respektieren ist. 22

Eine auf mit höherrangigem Recht nicht zu vereinbarenden Regelungen des Erweiterten Bewertungsausschusses beruhende Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides der Beklagten folgt auch nicht aus der Berücksichtigung des Gewichtungsfaktors ?Versichertenstruktur? und der Nichtberücksichtigung eines Morbiditätskriteriums ?Geschlecht?. Rechtsgrundlage für die Berücksichtigung des Gewichtungsfaktors Versichertenstruktur ist Teil F Ziff. 3.2.2 des Beschlusses vom 27./28.08.2008 i.V.m. Anlage II, der auf dem gesetzlichen Auftrag nach § 87 b Abs. 3 Satz 6 SGB V beruht, die Morbidität mit Hilfe der Kriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen. Hinsichtlich des Morbiditätskriteriums ?Geschlecht? hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (a.a.O.) demgegenüber nachvollziehbar und plausibel dargelegt, dass und weshalb dieses zur Abbildung der Morbidität nicht geeignet ist. Trotz der insoweit bestehenden Abweichung zum gesetzlichen Auftrag ist daher nicht von einer Rechtswidrigkeit des Beschlusses auszugehen, da es dem Erweiterten Bewertungsausschuss nicht möglich war, den gesetzlichen Auftrag sachgerecht umzusetzen (ebenso Sozialgerichte Marburg und a.a.O.). 23

Eine Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides der Beklagten folgt auch nicht daraus, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss in Teil C des Beschlusses vom 27./28.08.2008 von der Bestimmung von Indikatoren für die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten hinsichtlich der Versorgungs- und Kostenstruktur, auf deren Grundlage gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 2 SGB V die Partner der Gesamtverträge einen Zuschlag auf oder einen Abschlag von den Orientierungswerten gem. § 87 Abs. 2 e Satz 1 SGB V vereinbaren können, abgesehen hat. Selbst wenn der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses insoweit zu beanstanden wäre, würde dies nicht zu einer unmittelbaren Beeinträchtigung der Klägerin in 24

ihren Rechten führen, da die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten einen Umsetzungsakt auf Ebene der jeweiligen KV-Region voraussetzt. Eine Rechtsverletzung der Klägerin ergibt sich daher allein hypothetisch unter der Voraussetzung, dass im Bereich Nordrhein von den Partnern der Gesamtverträge von der Option des § 87 a Abs. 2 Satz 2 SGB V Gebrauch gemacht worden wäre, wofür indes nichts ersichtlich ist.

Schließlich folgt eine Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides der Beklagten auch nicht daraus, dass die Fallwerte der Arztgruppe durch eine Division des zur Verfügung stehenden Honorarvolumens durch die jeweilige Leistungsmenge ermittelt werden, und bei der Berechnung des RLV keine Gewichtung auf der Grundlage der im Vorjahresquartal von dem jeweiligen Arzt erbrachten Leistungen erfolgt. Die Berechnung des RLV durch die Beklagte gemäß Anlage B 4 zum HVV entspricht den Vorgaben des Teils F des Beschlusses des (erweiterten) Bewertungsausschusses, die, unabhängig davon, inwieweit die abweichenden Vorstellungen der Klägerin überhaupt praktikabel und umsetzbar sind, vor dem Hintergrund der Befugnis des Bewertungsausschusses, pauschalierende Regelungen zu treffen, nicht zu beanstanden sind. 25

Dahingestellt bleiben kann nach den vorstehenden Ausführungen, inwieweit den Bedenken der Beklagten hinsichtlich der Befugnis der Klägerin, eine Überprüfung der Teile A und B der Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses zu begehren, zu folgen ist. Nach der insoweit von der Beklagten in Bezug genommenen Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 31.08.2005 ? B 6 KA 6/04 R ? kann sich der einzelne Vertragsarzt im Rahmen eines Rechtsstreits über die Rechtmäßigkeit eines ihn betreffenden Honorarbescheides nicht darauf berufen, die Höhe der zwischen den Kollektivvertragspartnern vereinbarten Gesamtvergütung sei unzureichend. Dass dieser Rechtssatz auch für die Überprüfung der Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 Geltung beansprucht, erscheint der Kammer jedoch nicht zwingend. Denn die Teile A und B der Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses regeln zwar wesentliche Eckdaten für die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen und damit einen nicht unwesentlichen Teil der auf KV-Ebene von den Gesamtvertragspartnern zu vereinbarenden Gesamtvergütungen, stellen aber keine sich auf die Vereinbarung der Höhe der Gesamtvergütung beschränkenden Regelungen dar. 26

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 VWGO. 27

? 28