L 5 KA 3/13

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 3 KA 103/10
Datum
23.01.2013
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 5 KA 3/13
Datum
25.02.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die ihre Kosten selbst tragen. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist die Höhe des Honoraranspruchs der Klägerin für das Quartal II/2009 vor dem Hintergrund der Frage, ob der Klägerin als Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ) der 10%-ige Aufschlag auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen nach Nr. 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM; Fassung ab 1. Januar 2009) für die arztgruppengleichen Ärzte in der arztgruppenungleichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) zusteht.

Die vorgenannte Aufschlagsregelung im Absatz 3 der Nr. 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM lautete:

In arztgruppen- und schwerpunktgleichen (Teil-)Berufsausübungs-gemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes erfolgt ein Aufschlag in Höhe von 10% auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.

Für arztgruppen- und schwerpunktungleiche BAGen war danach kein Aufschlag vorgesehen. In ihnen konnten die Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen nach Nr. 5.1 Abs. 1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM jedoch jeweils die kompletten arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen einschließlich der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen abrechnen, wenn sie in einem Behandlungsfall zusammen arbeiteten.

Bei der Klägerin waren im Quartal II/2009 mehrere Gynäkologen und eine Fachärztin für Anästhesie tätig.

In dem der Klägerin erteilten Honorarbescheid vom 19. November 2009 über brutto 569.021,42 EUR berücksichtigte die Beklagte für deren arztgruppengleichen Ärzte keinen Aufschlag nach Nr. 5.1 Abs. 3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM.

Mit ihrem hiergegen am 17. Dezember 2009 eingelegten Widerspruch verfolgte die Klägerin das Begehren, dass die frauenärztlichen Grundpauschalen nach den Nrn. 08210 bis 08212 um einen Aufschlag von jeweils 10% zu erhöhen seien. Sie trug im Wesentlichen vor, dass es sich zwar bei der Klägerin formal um eine arztgruppenungleiche BAG handele, die Zuschlagsregelung nach ihrem Sinn und Zweck aber auch für arztgruppen- und schwerpunktverschiedene BAGen gelten müsse, wenn in ihnen arztgruppen- und schwerpunktgleiche Ärzte tätig seien. Diese Ärzte könnten nämlich wie Ärzte in arztgruppengleichen BAGen die entsprechende Grundpauschale ihres Fachgebietes auch dann nur einmal abrechnen, wenn Versicherte von mehreren (arztgruppengleichen) Ärzten behandelt worden seien.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 18. März 2010 zurück. Die Honorarabrechnung sei nach den verbindlichen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen durchgeführt worden.

Hiergegen hat die Klägerin am 1. April 2010 Klage beim Sozialgericht (SG) Hamburg erhoben und unter anderem vorgetragen, es sei nicht lediglich auf den Wortlaut der Zuschlagsregelung abzustellen, sondern im Wege der systematischen Auslegung eine Gesamtschau des inneren Zusammenhangs der Gebührenregelungen vorzunehmen und so der Wortlaut klarzustellen sowie im Wege der teleologischen Auslegung auch die Bedeutung der Norm nach Sinn und Zweck zu beachten. Dies könne auch zu einer erweiternden Auslegung über den Wortlaut hinaus führen. Sinn und Zweck der Nr. 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM sei es zu verhindern, dass die aufgrund der

Behandlung durch mehrere arztgruppengleiche Ärzte notwendigerweise entstehenden Mehrkosten nicht vergütet würden. Dies müsse auch für arztgruppen- bzw. schwerpunktverschiedene BAGen gelten, wenn in ihnen arztgruppen- bzw. schwerpunktgleiche Ärzte tätig seien. Ein Festhalten am Wortlaut führe zu einer Ungleichbehandlung von fachgleichen und fachübergreifenden BAGen, und diese unzulässige Differenzierung stelle einen Verstoß gegen das Gebot leistungsproportionaler Vergütung vertragsärztlicher Leistungen nach § 85 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und einen Verstoß gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung nach Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) dar. An diese Gewährleistungen sei auch der Bewertungsausschuss gebunden. Dieser habe in der Vorgängerregelung – EBM in der ab 1. April 2005 geltenden Fassung – entsprechend der gesetzlichen Vorgabe in § 87 Abs. 2a Satz 1 HS 1 SGB V – nunmehr in § 87 Abs. 2c Satz 1 HS 1 SGB V – berücksichtigt gehabt, dass der anfallende Betreuungsaufwand pro Patient bei der Behandlung durch eine kooperative Versorgungsform im Vergleich zur Behandlung durch eine Einzelpraxis sowohl bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen als auch bei arztgruppen- und schwerpunktübergreifenden BAGen höher sei. Die gesetzgeberische Vorgabe habe sich nicht geändert. Entsprechend habe der Bewertungsausschuss seinen Fehler mittlerweile mit Wirkung ab dem Quartal III/2009 korrigiert. Entgegen der Auffassung des Beigeladenen zu 2 werde die Benachteiligung der Ärzte gleicher Fachgruppen nicht dadurch kompensiert, dass Ärzte unterschiedlicher Fachgruppen unterschiedliche Grundpauschalen auch nebeneinander abrechnen könnten. Denn Ärzte gleicher Fachgruppen könnten die Grundpauschale nur einmal je Patient abrechnen. Die enge Auslegung der Nr. 5.1 Abs. 3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM führe zu dem absurden Ergebnis, dass das Hinzutreten eines einzigen Arztes einer anderen Fachgruppe den Wegfall des 10%-Zuschlages bewirke, egal wie viele fachidentische Ärzte in der Praxis tätig seien. Nach alledem sei es sachgerecht, eine verfassungskonforme Auslegung der Nr. 5.1 Abs. 3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM dahingehend vorzunehmen, dass auch fachübergreifenden Kooperationsformen, in denen teilweise auch fachgleiche Ärzte tätig seien, ein 10%-Zuschlag auf die Versicherten- und Grundpauschalen für die Fälle zu gewähren sei, in denen keine fachübergreifende Versorgung stattgefunden habe. Sollte eine solche Auslegung nicht in Betracht kommen, läge ein Verstoß gegen höherrangiges Recht vor. Dann sei auch der Honorarbescheid, der auf dieser Bestimmung beruhe, rechtswidrig.

Die Beklagte hat erwidert, für die Auslegung des EBM sei nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) in erster Linie der Wortlaut der jeweiligen Gebührenregelungen maßgeblich. Der EBM diene dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen zwischen Ärzten und Krankenkassen, so dass es Aufgabe des Bewertungsausschusses selbst sei, Unklarheiten zu beseitigen. Der Wortlaut sei eindeutig. Es sei ausschließlich arztgruppen- und schwerpunktgleichen Praxen der von der Klägerin begehrte Aufschlag zu gewähren. Bei der Klägerin handele es indes nicht um eine Praxis in diesem Sinne, denn wie diese selbst ausführe, handele es sich bei ihr um eine arztgruppen- bzw. schwerpunktverschiedene Praxis. Angesichts des klaren Wortlautes der Regelung sei weder Raum für eine systematische noch für eine entstehungsgeschichtliche Auslegung. Auch eine Analogie komme nicht in Betracht, weil der EBM einer analogen Auslegung nicht zugänglich sei.

Die Beigeladene zu 2 hat ausgeführt, es sei sachlich gerechtfertigt, zwischen arztgruppenübergreifenden und arztgruppengleichen BAGen zu differenzieren und dies überschreite den Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses als Normgeber nicht. Fachgleiche und fachgruppenverschiedene BAGen wiesen erhebliche Unterschiede auf, die es rechtfertigten, unterschiedliche Regelungen vorzusehen. Fachgruppenübergreifende BAGen erfüllten einen weitergehenden Versorgungsauftrag als fachgleiche BAGen. Die Behandlung eines Versicherten durch fachgruppenverschiedene Ärzte in einer BAG umfasse ein größeres Behandlungsspektrum. Daher sei für diese BAG nach Nr. 5.1 Abs. 1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM vorgesehen, dass die Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen jeweils die kompletten Versicherten- und Grundpauschalen abrechnen könnten. Dies stelle eine ausreichende Förderung von arztgruppenübergreifenden BAGen dar. Es bestehe kein Bedürfnis, zusätzlich in fachübergreifenden BAGen den fachgleichen Ärzten einen 10%-Zuschlag zu gewähren. In der gebotenen Gesamtbetrachtung seien demnach die arztgruppenübergreifenden BAGen – auch soweit sie sich teilweise aus fachgleichen Ärzten zusammensetzten – nicht gegenüber den fachgleichen BAGen benachteiligt. Eine Betrachtung ausschließlich der einzelnen Ärzte einer BAG sei hingegen nicht zulässig, da eine BAG rechtlich und unter Vergütungsaspekten als Einheit zu betrachten sei. Der Hinweis der Klägerin auf die Vorgängerregelung sei nicht weiterführend, denn da es den fachgruppenverschiedenen Ärzten in einer BAG unter der Geltung des EBM 2000plus nicht gestattet gewesen sei, jeweils den Ordinationskomplex abzurechnen, sei es sachlogisch gewesen, auch in fachgruppenverschiedenen BAGen einen Zuschlag zu gewähren. Nicht weiterführend sei auch der Hinweis auf die geänderten Regelungen zum Regelleistungsvolumen (RLV) ab dem Quartal III/2009. Die entsprechende Zuschlagsregelung für BAGen sei allein aufgrund der Änderung der Fallzählung im Rahmen des RLV geschaffen worden. Hierdurch sei aber keine entsprechende Zuschlagsregelung für fachübergreifende BAGen im Hinblick auf die Abrechnung der Versicherten- und Grundpauschale im EBM erforderlich geworden. Denn in arztgruppenübergreifenden BAGen habe weiterhin für die Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen die Möglichkeit bestanden, jeweils die komplette Versicherten- bzw. Grundpauschale abzurechnen.

Der Beigeladene zu 1 hat sich diesen Ausführungen angeschlossen.

Das SG hat die Klage nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung am 23. Januar 2013 mit Urteil vom selben Tag abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 19. November 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. März 2010 sei – soweit er im Klageverfahren zu überprüfen sei – nicht zu beanstanden. Nr. 5.1 Abs. 3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM könne nicht dahin ausgelegt werden, dass entgegen dem Wortlaut auch in arztgruppen- und schwerpunktungleichen (Teil-)BAGen ein Aufschlag in Höhe von 10% auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen erfolge. Dem stehe der eindeutige Wortlaut der Regelung entgegen, und auch eine verfassungskonforme Auslegung erfordere, dass das Auslegungsergebnis mit dem Wortlaut der ausgelegten Regelung noch zu vereinbaren sei. Die Regelung widerspreche auch nicht höherrangigem Recht. Die Maßstäbe der gerichtlichen Kontrolle von Regelungen in den Bewertungsmaßstäben seien in der Rechtsprechung des BSG geklärt (Hinweis auf Urteil vom 17. März 2010 – B 6 KA 41/08 R, SozR 4-2500 § 87 Nr. 21): Dem Bewertungsausschuss als Normgeber stehe bei der Erfüllung des ihm in § 87 Abs. 1 SGB V übertragenen Auftrags ein Gestaltungsspielraum zu; dieser sei auch von der Rechtsprechung zu respektieren, die daher Regelungen des EBM nur in Ausnahmefällen korrigieren dürfe. Gleichwohl unterliege der Bewertungsausschuss als untergesetzlicher Normgeber gerichtlicher Kontrolle; er sei an die einfachgesetzlichen Vorgaben ebenso wie an die grundrechtlichen Gewährleistungen in Art. 3 Abs. 1 und Art. 12 Abs. 1 GG gebunden. Geklärt sei weiterhin, dass der Bewertungsausschuss pauschalieren, generalisieren und typisieren dürfe und betriebswirtschaftliche Erwägungen nicht zwingend berücksichtigen müsse, aber berücksichtigen könne, soweit sie eine gewisse Plausibilität für sich hätten. Auch mit den Auswirkungen des Gleichbehandlungsgebotes des Art. 3 Abs. 1 GG bei differenzierenden Vergütungsregelungen im EBM habe sich das BSG befasst und in diesem Zusammenhang dargelegt, dass der Normgeber nicht auf lediglich hypothetische Konstellationen Rücksicht nehmen müsse. Bei Anwendung dieser Prüfungsmaßstäbe sei die Regelung über den Aufschlag nur für arztgruppengleiche BAGen nicht zu beanstanden. Maßstab für die Prüfung der Regelung im EBM sei der allgemeine Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG, denn es werde geltend gemacht, dass eine Vorteilsgewährung zu Unrecht nicht auf die Klägerin erstreckt, sie also ohne

sachlichen Grund ungleich behandelt worden sei. Die Prüfung eines Verstoßes gegen das Gleichheitsrecht erfordere zunächst die Bildung der Obergruppe und von Vergleichsgruppen. Gemeinsame Obergruppe sei die ärztliche Kooperation in Form von BAGen. Vergleichsgruppen seien die BAGen mit arztgruppengleichen und die mit arztgruppenungleichen Ärzten. Sie seien die Abrechnungssubjekte, um ihr Honorar gehe es. Beide würden vom Normgeber verschieden behandelt, beide seien aber auch voneinander verschieden. Die Norm knüpfe an eben diesen Unterschied an. Die Anknüpfung an diesen Unterschied sei auch sachgerecht. Denn in arztgruppengleichen BAGen könnten die Pauschalen nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden, in arztgruppenungleichen BAGen könnten sie jeweils von den Ärzten verschiedener Arztgruppen abgerechnet werden. Weil dies in arztgruppengleichen BAGen nicht möglich sei, auch diese Form ärztlicher Kooperation aber in Erfüllung des Regelungsauftrags aus § 87 Abs. 2c Satz 1 HS 1 SGB V in der Fassung des Gesetzes vom 28. Mai 2008 ("Die im EBM für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen als Grund- und Zusatzpauschalen abzubilden") gefördert werden solle, solle der Aufschlag für einen Ausgleich sorgen. Es gehe um eine gewisse Kompensation dafür, aufgrund fehlender unterschiedlicher Arztgruppenspezifik in der BAG die Pauschalen nur einmal im Behandlungsfall abrechnen zu können, auch wenn mehrere Ärzte an dem Behandlungsfall beteiligt gewesen seien. Es sei daher nicht der Aufschlag auf arztgruppenungleiche BAGen zu erstrecken, weil damit der Unterschied, an den angeknüpft und der zumindest teilweise ausgeglichen werden solle, wieder verstärkt werde. Bei der Betrachtung dieser Vergleichsgruppen komme es nicht darauf an, dass – wie bei der Klägerin – in arztgruppenungleichen BAGen auch arztgruppengleiche Ärzte tätig sein könnten. Die Grenze zur unzulässigen Typisierung und Pauschalierung sei hier nicht dadurch überschritten, dass vom Normgeber nicht noch weitergehend differenziert worden sei. Der Umstand, dass der Vorteil fachungleicher BAGen in seinem Umfang davon abhänge, ob in ihr auch fachgleiche Ärzte tätig seien und in welchem Ausmaß dies der Fall sei, nehme dem normativen Nachteilsausgleich für fachgleiche BAGen nichts von seiner Sachgerechtigkeit. Bei einer typisierenden Betrachtung, wie sie einem Normgeber erlaubt sei, seien fachungleiche BAGen immer im Vorteil. Dass dessen Umfang von unternehmerischen Entscheidungen kooperierender Ärzte abhängig sei, habe der Normgeber im hier gegebenen Zusammenhang nicht berücksichtigen müssen. Durch den EBM könnten und müssten nicht alle denkbaren Formen der ärztlichen Kooperation so erfasst und behandelt werden, dass immer für alle im wirtschaftlichen Ergebnis das Gleiche gelte. Nichts anderes ergebe sich, wenn mit der Klägerin für die gemeinsame Obergruppe statt auf die ärztliche Kooperation in Form von BAGen – wie es zutreffend sei – auf die einzelnen Ärzte in BAGen abgestellt würde. Vergleichsgruppen seien dann die arztgruppengleichen Ärzte in arztgruppengleichen BAGen und die arztgruppengleichen Ärzte in arztgruppenungleichen BAGen. Beide würden verschieden behandelt, beide seien aber auch voneinander verschieden. Denn arztgruppengleiche Ärzte in arztgruppengleichen BAGen arbeiteten nur mit arztgruppengleichen Ärzten zusammen und könnten deshalb immer nur einmal im Behandlungsfall die Pauschalen abrechnen, arztgruppengleiche Ärzte in arztgruppenungleichen BAGen arbeiteten dort mit arztgruppenungleichen Ärzten zusammen und könnten, arbeiteten sie mit diesen in einem Behandlungsfall zusammen, jeweils die Pauschalen abrechnen. Nur wenn sie in einem Behandlungsfall mit arztgruppengleichen Ärzten kooperierten, könnten sie dies nicht und erhielten hierfür, anders als arztgruppengleiche Ärzte in arztgruppengleichen BAGen, keinen Ausgleich durch einen Aufschlag. Diese Differenz, um die es der Klägerin maßgeblich gehe, sei aber nicht rechtswidrig. Denn die Regelung knüpfe auch in dieser Vergleichsbetrachtung an einen Unterschied an, typisiere und pauschaliere bei dessen Verarbeitung, erfasse nicht differenzierend jede denkbare Gestaltung innerhalb einer ärztlichen Kooperation und eines Behandlungsfalls und gleiche nicht alle Wirkungen der Vergütung für Ärzte in BAGen an. Dagegen sei nichts einzuwenden, weil es der Freiheit der Ärzte korrespondiere, in unterschiedlicher Weise miteinander zu kooperieren. Auch seien die Wirkungen für arztgruppengleiche Ärzte in arztgruppenungleichen BAGen, die in einem Behandlungsfall zusammenarbeiteten und keinen Aufschlag erhielten, nicht so gravierend, dass der Nichtausgleich der Differenz zu arztgruppengleichen Ärzten in arztgruppengleichen BAGen, die in einem Behandlungsfall zusammenarbeiteten, am Maßstab des Gleichheitssatzes unerträglich wäre. Letztlich schlage hier durch, dass die Perspektive auf die einzelnen Ärzte ohnehin eine unzulässig verkürzte sei. Auf die BAGen selbst komme es an. Gewiss hätte der Bewertungsausschuss als Normgeber es auch anders machen können, als er es gemacht habe; er habe dies aber nach Auffassung der Kammer nicht tun müssen. Nicht zu folgen sei der Auffassung des Sozialgerichts Mainz (Hinweis auf Urteil vom 12. September 2012 – S 8 KA 317/10), das in einem tatsächlich vergleichbaren Fall zur Neubescheidung über das Honorar verpflichtet habe, weil es dem Begriff "(Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft" in Nr. 5.1 Abs. 3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM das Verständnis unterlegt habe, einzelne fachgleiche Ärzte einer fachungleichen BAG bildeten in dieser eine (Teil-)BAG und könnten als deren Mitglieder den Aufschlag beanspruchen. Das aber sei rechtlich unzutreffend deshalb, weil mit dem Begriff der (Teil-)BAG in Nr. 5.1 Abs. 3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM – wie sich aus § 33 Abs. 2 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und § 1a Nr. 13 sowie § 15a Abs. 5 des Bundesmantelvertrags-Ärzte ergebe – allein auf BAGen für die Erbringung einzelner Leistungen Bezug genommen werde. Der Rechtsanwendung im Honorarbescheid stehe schließlich auch nicht der Grundsatz der leistungsgerechten Vergütung entgegen. Denn dass die Vergütung der von der Klägerin erbrachten Leistungen nicht mehr leistungsgerecht sei, wenn sie nicht – auch – einen Aufschlag erhalte, sei nicht ersichtlich. Erst recht sei nichts dafür ersichtlich, dass die Führung einer arztgruppenungleichen BAG mit auch arztgruppengleichen Ärzten in versorgungsrelevanter Weise wirtschaftlich unattraktiv sei. Im Kern gehe es doch darum, den Aufschlag, weil andere ihn erhielten, selbst auch erhalten zu wollen. Das aber sei das schon behandelte Gleichheitsproblem und berühre nicht das Thema der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung.

Mit ihrer 27. Februar 2013 eingelegten Berufung gegen das ihren Prozessbevollmächtigten am 29. Januar 2013 zugestellte Urteil des SG trägt die Klägerin unter Bezugnahme auf Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts vor, dass entgegen der Ansicht des SG eine verfassungskonforme Auslegung der streitgegenständlichen Norm sehr wohl möglich wäre, weil eine solche erst dort eine Grenze erfahre, wo sie mit dem Wortlaut der Norm in Widerspruch träte. Soweit eine entsprechende Auslegung nicht zulässig wäre, wäre die Regelung verfassungswidrig. Insoweit wiederholt die Klägerin im Wesentlichen ihren erstinstanzlichen Vortrag und ergänzt, dass vorliegend nicht nur ein nur kleiner Kreis von Personen betroffen sei, sondern dass es sich vielmehr um eine typische Kooperationsform handele. Auch gehe es nicht nur um einen geringfügigen Nachteil. Je mehr Ärzte einer Fachgruppe in einer BAG tätig seien und je weniger Fachgruppen insgesamt vertreten seien, umso gravierender seien die Nachteile, die durch die Regelung des EBM entstünden, was am Beispiel der Klägerin gut zu erkennen sei. Das SG habe falsche Vergleichsgruppen gewählt, da nicht auf die BAGen, sondern auf die einzelnen Ärzte abzustellen sei. Der Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung sei nicht gewahrt. Es widerspreche auch dem seit langem bestehenden gesetzgeberischen Willen zur Förderung von kooperativen Versorgungsformen, wenn die Bildung von fachungleichen BAGen im Vergleich zur Bildung von fachgleichen BAGen attraktiver gestaltet werde. So betone der Gesetzgeber in § 87 Abs. 2c Satz 1 Halbsatz 1 SGB V, dass alle kooperativen Formen der ärztlichen Zusammenarbeit zu berücksichtigen seien. Die historische Entwicklung der Norm mache den "Flickenteppich unüberlegter Ausbesserungsversuche" deutlich, und es stelle sich die Frage, wie denn die Fallpauschalen von Ärzten fachgruppengleicher schwerpunktungleicher Kooperationsformen berücksichtigt worden seien, die weder unter den Wortlaut des Abs. 1 noch des Abs. 2 noch des Abs. 3 der Nr. 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM fielen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 23. Januar 2013 sowie den Bescheid der Beklagten vom 19. November 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. März 2010 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, sie – die Klägerin – hinsichtlich ihres Honoraranspruchs für das Quartal II/2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für richtig. So habe das SG zu Recht ausgeführt, dass der eindeutige Wortlaut der Regelung einer Auslegung, wie sie die Klägerin begehre, entgegenstehe. In der – durch Zitate näher belegten – Rechtsprechung des BSG sei anerkannt, dass für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen in erster Linie deren Wortlaut maßgeblich sei. Leistungsbeschreibungen dürften weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden. Auch die Bildung der Vergleichsgruppen durch das SG, das im Übrigen in den Entscheidungsgründen hilfsweise richtige Ausführungen zum fehlenden Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG auch bei einer Betrachtung der einzelnen Ärzte gemacht habe, sei nicht zu beanstanden. Normadressaten der Nr. 5.1 der allgemeinen Bestimmungen des EBM seien nicht die einzelnen Ärzte, sondern vielmehr die BAGen als solche, wie bereits anhand der Überschrift deutlich werde. Auch das gewählte Unterscheidungsmerkmal sei an einen Sachverhalt gebunden und nicht an eine einzelne Person, auch wenn sich daraus eine mittelbare persönliche Betroffenheit der einzelnen Ärzte ergebe. Es unterfalle indes der freien unternehmerischen Entscheidung der jeweiligen Ärzte, welche Kooperationsform sie wählten. Die streitgegenständliche Regelung überschreite nicht die Grenzen einer zulässigen Typisierung und Pauschalierung und finde ihren sachlichen Grund darin, dass sie einen ansonsten bestehenden Nachteil der arztgruppengleichen Kooperationen gegenüber den arztgruppenübergreifenden ausgleichen solle, was hingegen bei einer Erstreckung der Regelung auf Letztere konterkariert würde. Es sei unmöglich, angesichts der möglichen Vielfalt von Kooperationen für alle Varianten eine differenzierende Regelung zu treffen. Extreme Härten seien vorliegend nicht ersichtlich, und ein Verstoß gegen das Gebot der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung liege nicht vor. Ein subjektives Recht auf höheres Honorar für ärztliche Tätigkeiten könne erst dann hergeleitet werden, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet werde. Davon könne keine Rede sein. Wenn die Klägerin ausführe, dass es sich bei Ihrer Kooperationsstruktur um eine typische Kooperationsformen handele, so bestätige das nur den Vortrag der Beklagten und nicht zuletzt die Ausführungen des SG, dass die streitige Regelung sachgerecht sei und typischerweise zu keinerlei Problemen, schon gar nicht zu Härten geführt habe. Anders sei nicht erklärlich, dass die Klägerin die einzige Praxis sei, die die Rechtswidrigkeit der Regelung bzw. ihrer Auslegung rüge und nachteilige wirtschaftliche Auswirkungen geltend mache. Im Übrigen sei nicht entscheidungserheblich, welche Fragen die Vorschrift möglicherweise für weitere, von der Kooperationsformen der Klägerin abweichende Konstellationen aufwerfen könnte.

Die Beigeladenen zu 1 und 2 halten das angefochtene Urteil ebenfalls für richtig, schließen sich inhaltlich der Berufungserwiderung der Beklagten an, stellen aber keine Anträge.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Sitzungsniederschrift vom 25. Februar 2015, die vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten und den übrigen Inhalt der Gerichts- sowie der beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte (§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere form- und fristgerecht (§ 151 SGG) eingelegte Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung, auf die zur Vermeidung von Wiederholungen vollen Umfangs Bezug genommen wird (§ 153 Abs. 2 SGG), abgewiesen.

Der Senat hat den erstinstanzlichen Ausführungen nichts mehr hinzuzufügen. Auf die im Wesentlichen den erstinstanzlichen Vortrag wiederholende Berufungsbegründung ist allenfalls zu erwidern, dass auch eine von der Klägerin – entgegen der ständigen Rechtsprechung des BSG zu vertragsärztlichen Vergütungsbestimmungen (s. nur Urteil vom 15. August 2012 – B 6 KA 34/11 R, Breith 2013, 479, m.w.N.) – für möglich gehaltene verfassungskonforme Auslegung voraussetzte, dass die Regelung mit ihrem eindeutigen Wortlaut Grundgesetzbestimmungen widerspräche, was indes nicht der Fall ist. Des Weiteren kann auf die im Tatbestand wiedergegebene, in der Sache zutreffende Berufungserwiderung der Beklagten Bezug genommen werden. Die Klägerin begehrt die Gewährung eines Nachteilsausgleichs, der ihr mangels entsprechenden Nachteils gar nicht zustehen kann. Sie gehört vielmehr zu der ansonsten privilegierten Gruppe und hat sich vermutlich in Erwartung bestimmter Vorteile für die Kooperationsform "MVZ" in der besonderen Zusammensetzung entschieden. Dass diese unternehmerische Entscheidung außer Vorteilen auch anderenorts Nachteile mit sich bringen kann, ist von ihr hinzunehmen. Der gerügte "Flickenteppich" beruht auf der vom Gesetzgeber initiierten Umstellung des vertragsärztlichen Vergütungssystems und der Einführung von RLV, was neuen Regelungs- und Beobachtungs- und gegebenenfalls Nachbesserungsbedarf auf den verschiedenen Ebenen der untergesetzlichen Normgeber ausgelöst hat. Im vorliegenden Zusammenhang ist keine willkürliche oder die ärztliche Versorgung gefährdende Vorgehensweise zu erkennen. Vielmehr ist zur Förderung von Kooperationsformen wie derjenigen der Klägerin mit Wirkung ab dem Quartal III/2009 eine Regelung zur Erhöhung von RLV geschaffen worden, die fach- und schwerpunktgleichen BAGen "lediglich" eine pauschale Erhöhung um 10 % gewährt, fach- und schwerpunktübergreifenden BAGen, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen beziehungsweise Schwerpunkte hingegen eine solche um bis zu 40 % (vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 180. Sitzung vom 20. April 2009).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 2 und 3 Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für eine Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
HAM

Saved
2015-03-24