

S 14 KA 79/13

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Düsseldorf (NRW)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

14
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 14 KA 79/13
Datum
10.09.2014
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen

-
Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 42/14 R
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Klage wird abgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens mit Ausnahme der etwaigen Kosten der Beigeladenen zu 1) und 2), die diese selbst tragen. Die Sprungrevision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Zusammenhang mit der Streichung der Gebührenordnungsposition 06225 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) in der ab dem 01.01.2012 geltenden Fassung um die Rechtmäßigkeit der Abrechnungsbescheide der Beklagten für die Quartale I/2012 und II/2012.

Durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 31.08.2011 wurde Kapitel 6 EBM mit Wirkung zum 01.01.2012 in der Weise geändert, dass die Bewertung der Grundpauschalen nach Nrn. 06210 bis 06212 EBM abgesenkt, die Gebührenordnungsposition 06225 EBM eingeführt und mit Nr. 6 der Präambel 6.1 EBM die Abrechenbarkeit der Nr. 06225 EBM auf ausschließlich konservativ tätige Augenärzte beschränkt wurden.

Die Gebührenordnungsposition 06225 EBM stellt einen Zuschlag zu den Grundpauschalen nach den Nrn. 06210 bis 06212 EBM für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte gemäß Nr. 6 der Präambel 6.1 dar. Obligater Leistungsinhalt ist der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt einmal im Behandlungsfall. Dieser wird mit 315 Punkten vergütet.

Der Kläger ist Facharzt für Augenheilkunde und in O zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Mit dem Abrechnungsbescheid für das Quartal I/2012 vom 24.07.2012 vergütete die Beklagte dem Kläger zunächst Leistungen nach Nr. 06225 EBM in 1.576 Fällen mit einem Betrag von 10.717,67 Euro. Mit weiterem, beiliegenden Bescheid vom selben Tag mit dem Betreff "Quartalsabrechnung 01/2012, Abrechnung der Strukturpauschale für Augenärzte nach GOP 06225, Vorgangs-Nr. 11 568" änderte die Beklagte den Abrechnungsbescheid in der Weise, dass sie die Gebührenordnungsposition 06225 EBM strich. Diese sei lediglich für ausschließlich konservativ tätige Augenärzte abrechnungsfähig. Die Belastung werde auf dem Abrechnungsbescheid für das Quartal II/2012 ersichtlich sein.

Der Kläger erhob am 22.08.2012 Widerspruch und machte einen Verstoß gegen [§ 87 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) und [Art. 3 Grundgesetz \(GG\)](#) geltend.

Dem Abrechnungsbescheid der Beklagten für das Quartal II/2012 vom 23.10.2012 lag eine Streichung der Leistungen nach Nr. 06225 EBM in 1.457 Fällen nach Regelwerk zugrunde.

Der Kläger erhob am 31.10.2012 Widerspruch. Er wies darauf hin, dass er zu ca. 98 % konservativ tätig sei und im Umfang eines sehr kleinen Katarakt-Budgets ambulante Operationen durchführe. Durch die Nichtberücksichtigung der Strukturpauschale entstünden ihm Mindereinnahmen in Höhe von 25.000,00 Euro.

Mit Widerspruchsbescheid vom 16.01.2013 wies die Beklagte die Widersprüche mit der Begründung zurück, die Streichung beruhe auf den Bestimmungen des EBM. Sie habe keine Möglichkeit der Abweichung.

Am 18.02.2013 hat der Kläger Klage erhoben.

Der Kläger macht im Wesentlichen geltend, Schwerpunkt seiner Tätigkeit sei die nichtoperative Behandlung.

Die operative und invasive Tätigkeit zähle inzwischen zum Kernbereich der augenheilkundlichen Tätigkeit. Da mit wenigen Ausnahmen alle operativen Maßnahmen ambulant durchgeführt werden könnten, gebe es die in anderen Fachgebieten zu verzeichnende Trennung zwischen operativer Tätigkeit, die in Krankenhäusern angesiedelt sei, und nichtoperativer Tätigkeit, auf die die niedergelassenen Ärzte beschränkt seien, nicht. Es bestünden keine weitergehenden Qualitätsanforderungen und die Musterweiterbildungsordnung gehe von einem einheitlichen, für das gesamte Gebiet der Augenheilkunde zuständigen Facharzt aus.

Allerdings fehle eine normative Definition insbesondere der als operative Tätigkeit aufzufassenden invasiven Verfahren und der in Nr. 6 der Präambel 6.1 EBM genannten Leistungen der intravitrealen Injektion und der operativen intraokularen Medikamenteneinbringung. Die Verwendung dieser Begriffe verletze den Grundsatz der Normenklarheit.

Auch handhabten die Kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnung der Nr. 06225 EBM bundesweit unterschiedlich.

Die Neustrukturierung des Kapitels 6 EBM verstoße insofern gegen [Art. 3 GG](#) und [§ 87 Abs. 2 SGB V](#), als sowohl die Zielsetzung als auch die Art und Weise der Neustrukturierung rechtswidrig seien.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) dürften nur auf der Ebene der Honorarverteilung gleiche Leistungen zu unterschiedlichen Vergütungen führen, während auf der Ebene der Leistungsbewertung der Gleichbehandlungsgrundsatz gelte. Damit müssten Leistungen, die von Ärzten derselben Fachgruppe erbracht werden, gleich vergütet werden. Der Arzt-Patienten-Kontakt werde in Nr. 06225 EBM einerseits und in Nrn. 06210 bis 06212 EBM andererseits aber unterschiedlich bewertet.

Dadurch, dass der mit Nr. 06225 EBM honorierte Arzt-Patienten-Kontakt bereits Inhalt der Grundpauschalen sei, sei tatsächlich honorierter Leistungsinhalt der Nr. 06225 EBM der Verzicht auf die operative Behandlung.

Die Definition des konservativ tätigen Augenarztes sei im Übrigen nicht an objektiven Kriterien orientiert; maßgebend sei allein das gewünschte Honorarverteilungsergebnis. Dies sei als willkürlich zu bewerten. Die Definition desjenigen, der im Quartal eine einzige operative Leistung erbringe, als nicht mehr konservativ tätiger Augenarzt, sei auch sachwidrig. Sie setze Augenärzte, die 99 % ihrer Patienten nicht operativ behandelten, und Augenärzte, die 99 % ihrer Patienten operativ behandelten gleich, und gebe die tatsächlichen Versorgungs- und Behandlungsverhältnisse nicht wieder. Es komme auch zu einer Ungleichbehandlung von Gemeinschaftspraxen, die eine arbeitsteilige Organisation einführen könnten dergestalt, dass ein Teil ausschließlich operativ und der andere Teil ausschließlich nichtoperativ tätig werde. Sofern die Vergleichsgruppen derart gebildet worden seien, dass Augenärzte, die zu fast 100 % konservativ tätig seien, solchen gegenüber gestellt würden, die zu exakt 100 % konservativ tätig seien, bestehe schließlich kein Unterschied von solcher Art und solchem Gewicht, dass die Ungleichbehandlung gerechtfertigt sei.

Darüber hinaus widerspreche das Steuerungsziel dem Wertungssystem des SGB V, das in [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) auf den anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse abstelle. Die durch die Evaluation durch das Institut des Bewertungsausschusses belegte Honorarumverteilung nur zugunsten ausschließlich konservativ tätiger Ärzte zeige, dass kleinere Operateure zur Aufgabe dieser Tätigkeit veranlasst worden seien und Augenärzte damit von notwendigen modernen Behandlungsmethoden im operativen Bereich ausgeschlossen würden.

Das Steuerungsziel der Neustrukturierung des Kapitels 6 EBM werde im Übrigen nicht erreicht, wenn Augenärzte mit geringen Operationszahlen und überwiegend konservativer Tätigkeit in der Fläche von der Vergütung nach Nr. 06225 EBM ausgenommen würden. Dass aus operativen Leistungen wesentlich größere Vergütungschancen erwüchsen als aus der Vergütung nach Nr. 06225 EBM, treffe nur bei Ärzten zu, die in großem Umfang operativ tätig seien. Umgekehrt sei nicht belegt, dass rein konservativ tätige Augenärzte durchschnittlich wesentlich geringere Einkünfte als operativ tätige Augenärzte erzielten.

Die Bildung der Arztgruppe der konservativ tätigen Augenärzte widerspreche [§ 87 Abs. 2a SGB V](#).

Zur Stützung seiner Auffassung nimmt der Kläger weiter auf das Urteil des Sozialgerichts (SG) München vom 05.02.2014, Az.: [S 38 KA 305/12](#), Bezug.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 24.07.2012 mit dem Betreff "Quartalsabrechnung 01/2012, Abrechnung der Strukturpauschale für Augenärzte nach GOP 06225, Vorgangs-Nr. 11 568" in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.01.2013 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 23.10.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.01.2013 hinsichtlich der Berichtigung der Nr. 06225 EBM aufzuheben und die Leistungen nach Nr. 06225 EBM zu vergüten, hilfsweise, die Sprungrevision nach [§ 161 SGG](#) zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte verteidigt ihren Bescheid. Sie sei an die Vorgaben des Normgebers gebunden. Darüber hinaus sei dessen weiter Gestaltungsspielraum bei der Neuregelung komplexer Materien zu beachten, der mit einer Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht verbunden sei. Nach der Protokollnotiz zum Beschluss des Bewertungsausschusses hätten die konservativ tätigen Augenärzte durch eine angemessene Verbesserung der Vergütung im Rahmen einer Umverteilung von Mitteln innerhalb der Arztgruppe gestärkt werden sollen. Außerdem bestehe im Ergebnis keine Befugnis des Klägers, die streitgegenständliche Gebührenordnungsposition abzurechnen, da dieser die Voraussetzungen dem Wortlaut nach nicht erfülle. Eine auf der Grundlage der Klagebegründung ergehende gerichtliche Entscheidung führe allenfalls dazu, dass diese insgesamt nicht mehr in Ansatz gebracht werden könne.

Die Beigeladenen zu 1) und 2) stellen keine Anträge.

Die Beigeladene zu 2) hält die Nr. 06225 EBM für rechtmäßig. Es handele sich um eine Strukturpauschale mit dem Ziel angemessener

Vergütung konservativ tätiger Augenärzte. Diese sei aus Sicherstellungsgründen erforderlich.

Bei der Neustrukturierung des Kapitels 6 EBM sei der weite Gestaltungsspielraum des Normgebers zu beachten; der EBM unterliege nicht in vollem Umfang der gerichtlichen Überprüfung. Eine Überschreitung liege vor, wenn der Regelungsspielraum überschritten oder die Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt würden, mithin bei bewusster Benachteiligung oder sachfremden Erwägungen. Hier bestehe die sachliche Rechtfertigung in den durchschnittlich wesentlich geringeren Honorareinkünften der rein konservativ tätigen Augenärzte. Ziel der Regelung sei hingegen nicht, Augenärzte von operativen Leistungen abzuhalten. Im Übrigen erwachsen aus operativen Leistungen wesentlich größere Vergütungschancen als aus Nr. 06225 EBM. Bei deren Ausgestaltung habe es sich als notwendig erwiesen, die operativ und die konservativ tätigen Augenärzte schematisch voneinander abzugrenzen, um letzteren ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen. Dieses Vorgehen sei von der Befugnis des Bewertungsausschusses zur Schematisierung und Typisierung gedeckt. Der Bewertungsausschuss sei nicht auf die Berücksichtigung medizinischer oder betriebswirtschaftlicher Erkenntnisse beschränkt und nicht auf einen numerus clausus von Regelungstechniken festgelegt. Schließlich sei der Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung zu berücksichtigen. Ärzten werde durch Nr. 06225 EBM im Übrigen nicht untersagt, eine spezifische medizinische Leistung im Rahmen der Augenheilkunde zu erbringen. Das einheitliche Berufsbild werde nicht in Frage gestellt. Das Urteil des SG München halte einer rechtlichen Überprüfung nicht stand. Erwägungen des Normgebers könnten nur dann beanstandet werden, wenn sie so offensichtlich fehlgingen, dass sie vernünftiger Weise keine Grundlage für eine untergesetzliche Regelung abgeben könnten. Eine Evaluation durch das Institut des Bewertungsausschusses habe den Erfolg der Regelung aber bestätigt.

Die Beigeladene zu 1) teilt diese Auffassung.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Diese haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage hat keinen Erfolg.

Die Klage ist zulässig. Dem Kläger ist nicht entgegen zu halten, dass auch eine auf der Grundlage seiner Klagebegründung ergehende gerichtliche Entscheidung allenfalls dazu führte, dass die gestrichene Gebührenordnungsposition 06225 EBM insgesamt nicht mehr in Ansatz gebracht werden könne. Der Kläger strebt eine verfassungskonforme Auslegung mit dem Ziel an, dass die Gebührenordnungsposition für ihn abrechenbar ist.

Die Klage ist aber unbegründet.

Der Kläger ist durch den Bescheid vom 24.07.2012 mit dem Betreff "Quartalsabrechnung 01/2012, Abrechnung der Strukturpauschale für Augenärzte nach GOP 06225, Vorgangs-Nr. 11 568", durch den die Beklagte den beiliegenden Abrechnungsbescheid für das Quartal I/2012 vom selben Tag in der Weise änderte, dass sie die Gebührenordnungsposition 06225 EBM strich, und den Abrechnungsbescheid für das Quartal II/2012 vom 23.10.2012, dem eine Streichung der Leistungen nach Nr. 06225 EBM in 1.457 Fällen nach Regelwerk zugrunde lag, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.01.2012 nicht im Sinne des [§ 54 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) beschwert. Der Bescheid ist rechtmäßig.

Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Berichtigung der Abrechnungsbescheide sind [§§ 75, 106a SGB V](#) in Verbindung mit § 45 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und §§ 3, 4 und 6 der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach [§ 106a SGB V](#) (Richtlinien nach [§ 106a SGB V](#)).

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2, 1. Halbsatz SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu diesen zählt eine ordnungsgemäße Abrechnung der erbrachten Leistungen. Nach [§ 106a Abs. 1 SGB V](#) prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Nach [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) stellt die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest

Gemäß § 45 Abs. 3 BMV-Ä obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung die Prüfung der von den Vertragsärzten vorgelegten Abrechnungen ihrer vertragsärztlichen Leistungen hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Dies gilt insbesondere für die Anwendung des Regelwerks. Die Kassenärztliche Vereinigung berichtigt die Honorarforderung des Vertragsarztes bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit (§ 45 Abs. 4 Satz 1 BMV-Ä).

Nach § 3 Abs. 1 Richtlinien nach [§ 106a SGB V](#) ist Gegenstand der Abrechnungsprüfung die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen. Die Rechtmäßigkeit der Abrechnung umfasst die rechtlich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen und der geltend gemachten Sachkosten. Die Prüfung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung wird bei der Kassenärztlichen Vereinigung im Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung durchgeführt (§ 3 Abs. 2 Richtlinien nach [§ 106a SGB V](#)). Nach § 4 Abs. 1 Richtlinien nach [§ 106a SGB V](#) zielt die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung auf die Feststellung ab, ob die abgerechneten Leistungen rechtlich ordnungsgemäß, also ohne Verstoß gegen gesetzliche, vertragliche oder satzungrechtliche Bestimmungen, erbracht worden sind. Rechtlich nicht ordnungsgemäß sind insbesondere Abrechnungen im Fall des Ansatzes der falschen Gebührennummer (§ 6 Abs. 2 Richtlinien nach [§ 106a SGB V](#)).

Die Voraussetzungen der Rechtsgrundlage sind erfüllt.

Die Beklagte war zu den sachlich-rechnerischen Berichtigungen der klägerischen Abrechnungen für die Quartale I/2012 und II/2012 befugt.

Der Kläger hat für seine Leistungen in den Quartalen I/2012 und II/2012 die Nr. 06225 EBM zu Unrecht angesetzt.

Als zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Facharzt für Augenheilkunde ist der Kläger zwar grundsätzlich berechtigt, diese Gebührenordnungsposition abzurechnen. Diese bildet, wie bereits ausgeführt, einen Zuschlag zu den Grundpauschalen nach den Nrn. 06210 bis 06212 EBM. Dabei stellt Nr. 06210 EBM die augenärztliche Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr, Nr. 06211 EBM die augenärztliche Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr und Nr. 06212 die augenärztliche Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres dar.

Voraussetzung der Abrechnung der Gebührenordnungsposition ist aber, dass die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt erfolgte. Nr. 6 der Präambel 6.1 EBM bestimmt, dass Nr. 06225 EBM nicht berechnet werden kann, wenn in einem Behandlungsfall die Inanspruchnahme sowohl eines/von konservativ tätigen Augenarztes/-ärzten als auch eines/von nicht konservativ tätigen Augenarztes/-ärzten erfolgt. Konservativ tätig ist ein Augenarzt nach Nr. 6 der Präambel 6.1,

- sofern der Augenarzt in dem Quartal keine der folgenden Leistungen erbracht und berechnet hat: Nrn. 31101 bis 31108, 31321 bis 31328, 31331 bis 31338, 31350, 31351, 31362, 36101 bis 36108, 36321 bis 36328, 36331 bis 36338, 36350, 36351 EBM,

- sofern der Augenarzt in dem Quartal keine Leistung(en) erbracht und berechnet hat, die auf regionaler Ebene den o.g. Leistungen entsprechen oder in regional vereinbarten Pauschalen enthalten sind,

- sofern der Augenarzt keine (Leistungen) - der intravitrealen Injektion und/oder - der operativen intraokularen Medikamenteneinbringung in dem Quartal im Rahmen der Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) und/oder im Rahmen von regionalen Vereinbarungen und/oder im Rahmen anderweitiger vertraglicher Vereinbarungen erbracht und berechnet hat.

Diese Voraussetzung erfüllt der Kläger ausweislich der Frequenztabelle nicht, die den Abrechnungsbescheiden für die Quartale I/2012 und II/2012 beigelegt waren. Er hat im Quartal I/2012 Leistungen nach Nrn. 31322, 31338 und 31351 EBM erbracht und berechnet sowie Leistungen nach Nrn. 90633, 90660, 90707, 90707A, 90778, 90778A und 93791 EBM erbracht und berechnet, bei denen es sich um Behandlungen nach Kataraktverträgen mit Ersatz- und Krankenkassen bzw. Makuladegenerations-behandlungen nach einem entsprechendem Vertrag mit der AOK Rheinland handelte. Im Quartal II/2012 hat er Leistungen nach Nrn. 31322 und 31338 EBM sowie nach Nrn. 90633, 90660, 90707, 90707A, 90778, 90778A und 93791 EBM erbracht und berechnet.

Die Einführung der Gebührenordnungsposition 06225 EBM erweist sich auch als rechtmäßig.

Sie ist durch [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) gedeckt.

Gemäß [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen. Dieser bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander ([§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen ([§ 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)).

Nach der Rechtsprechung des BSG erschöpft sich der dem Bewertungsausschuss damit übertragene Gestaltungsauftrag nicht in der Aufstellung eines reinen Leistungs- und Bewertungskataloges unter betriebswirtschaftlichen oder sonstigen kalkulatorischen Gesichtspunkten, sondern kommt dem EBM auch eine Steuerungsfunktion zu (BSG, Urteil vom 16.05.2001, Az.: [B 6 KA 20/00 R](#)). Der Bewertungsausschuss hat danach sowohl die Befugnis als auch die Verpflichtung, über die Definition sowie Bewertung der vertragsärztlichen Verrichtungen das Leistungsverhalten durch mengen- oder fallzahlbegrenzende Maßnahmen zu steuern; auf diese Weise kann der Bewertungsausschuss durch die Bewertung ärztlicher Leistungen zu erreichen versuchen, dass die Vertragsärzte bestimmte Leistungen häufiger oder weniger häufig erbringen; diese Steuerungsbefugnis ermöglicht es ihm insbesondere, ergänzende Bewertungsformen wie Komplexgebühren, Gebührenpauschalen und Budgetierungen einzuführen, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern oder Verteilungseffekte herbeizuführen, die das Ziel einer angemessenen Vergütung der Leistungen verfolgen (BSG a.a.O.).

Das vom Bewertungsausschuss erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben, so dass die gerichtliche Überprüfung von Regelungen des EBM im Wesentlichen auf die Prüfung beschränkt ist, ob der Bewertungsausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten hat (BSG a.a.O.). Dies ist nicht schon immer dann der Fall, wenn sich bei nachträglicher Überprüfung einer Gebührenregelung im Rahmen der ex-post-Betrachtung deren Unzulänglichkeit erweist, sondern nur dann, wenn der Bewertungsausschuss seine Bewertungskompetenz zweifelsfrei missbräuchlich, das heißt nicht durch sachgerechte Erwägungen gedeckt, sondern von sachfremden Erwägungen getragen, ausgeübt hat bzw. wenn er seine Bewertungskompetenz gleichheitswidrig genutzt und nur einer Arztgruppe Vergütungsansprüche zugestanden hat, obgleich die Leistung auch von anderen Arztgruppen erbracht wird bzw. erbracht werden kann (BSG a.a.O.).

Die Bestimmungen des EBM beruhen auf einem rechtlich unbedenklichen Regelungsgebilde der Normsetzung durch vertragliche Vereinbarung, die den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung zuzurechnen ist; sie sind letztlich nur Ausprägung des im Laufe der Zeit mehr und mehr öffentlich-rechtlich ausgestalteten und in Gesetzesrecht umgesetzten, ursprünglich aber im wesentlichen (gesamt-)vertraglich geregelten Konzepts einer Kooperation von Ärzteschaft und Krankenkassen; dieses Zusammenwirken durchzieht die Entwicklung des Vertragsarztrechts insgesamt und trägt maßgeblich dazu bei, die Funktionsfähigkeit des Systems zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung von ca. 9/10 der Bevölkerung zu akzeptablen finanziellen Bedingungen zu gewährleisten (BSG a.a.O.). Die Gestaltungsbefugnisse der in diesem Bereich zuständigen Institutionen dürfen dabei von außen nicht funktionswidrig verengt werden; denn nicht nur dem Gesetzgeber, sondern auch anderen Normgebern steht bei der ihnen überantworteten Rechtsetzung generell weitgehende Gestaltungsfreiheit zu, die grundsätzlich auch von der Rechtsprechung zu respektieren ist und von dieser nur in Ausnahmefällen korrigiert

werden darf; dabei darf nicht übersehen werden, dass gerade im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und dem dort der Leistungserbringung dienenden Vertragsarztrecht die Verfolgung der Aufgabe, durch normative Vorgaben die Funktionsfähigkeit dieses Sozialleistungssystems zu erhalten, ein sensibles, hochrangig einzustufendes Gemeinschaftsgut darstellt (BSG a.a.O.).

Ein Steuerungsziel im Sinne der Rechtsprechung des BSG war mit der Absenkung der Bewertung der Grundpauschalen nach Nrn. 06210 bis 06212 EBM, der Einführung der Nr. 06225 EBM und der Beschränkung der Abrechenbarkeit der Gebührenordnungsposition auf ausschließlich konservativ tätige Augenärzte verknüpft. Nach der Protokollnotiz zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 31.08.2011 war Ziel der Maßnahmen im Bereich der Augenheilkunde - zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Versicherten sowohl durch konservativ als auch durch operativ tätige Augenärzte - die Stärkung der konservativ tätigen Augenärzte durch eine angemessene Verbesserung der Vergütung. Dies sollte im Rahmen einer Umverteilung von Mitteln innerhalb der Arztgruppe der Augenärzte erfolgen. Die aktuelle Vergütungssituation der konservativ tätigen Augenärzte sollte ab dem 01.01.2012 durch Einführung eines Zuschlags zur Grundpauschale spürbar verbessert werden. Nach Inkrafttreten dieser Maßnahme waren zur Gewährleistung der Zielerreichung in halbjährlichen Abständen durch das Institut des Bewertungsausschusses die Umverteilungswirkungen sowie der Zielerreichungsgrad (Stabilisierung der Anzahl konservativ tätiger Ärzte, Abrufen der freigestellten Mittel) zu analysieren.

Die Kammer hat keinen Zweifel an der Sachgerechtigkeit des Steuerungsziels (vgl. auch SG München, Urteil vom 05.02.2014, Az.: [S 38 KA 305/12](#)). Aus der Honorarsituation der konservativ tätigen Augenärzte, die mit der Protokollnotiz zum Beschluss des Bewertungsausschusses aufgegriffen und die in der von der Beigeladenen zu 2) vorgelegten "Evaluation der Einführung der GOP 06225 in den EBM zum 1. Januar 2012 zur Stärkung konservativ tätiger Augenärzte: Erste Ergebnisse" des Instituts des Bewertungsausschusses dargestellt wurde, ergibt sich in den Quartalen I/2009 bis IV/2011 sowohl in der Querschnitt- als auch in der Längsbetrachtung eine erhebliche Differenz zwischen konservativ (Spitzenwerte von 39.200,00 Euro bzw. 39.300,00 Euro im Quartal I/2009) und operativ ausgerichteten Ärzten (Spitzenwerte von 106.000,00 Euro bzw. 120.600,00 Euro im Quartal I/2009).

Sofern der Kläger einwendet, dass das Steuerungsziel dem Wertungssystem des SGB V widerspreche, das in [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) den anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zum Maßstab erhebe, stellt die Kammer darauf ab, dass die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Versicherten sowohl durch konservativ als auch durch operativ tätige Augenärzte angestrebt wurde, wenn auch unter gleichzeitiger Stärkung der konservativ tätigen Augenärzte. Im Übrigen betrifft [§ 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) den Bewertungsmaßstab selber. Dieser macht gerade den Komplex der operativen Leistungen zum Gegenstand der Neufassung des Kapitels 6 EBM zum 01.01.2012. Im Übrigen ist nicht ersichtlich, dass die eingeschränkte Abrechenbarkeit der Nr. 06225 EBM zu Behandlungen führt, die dem Maßstab des [§ 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) nicht gerecht werden.

Entgegen der Auffassung des SG München ist auch der Gedanke der Anfangs- und Erprobungsregelung zu berücksichtigen. Besonders weiter Spielraum in Form von Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielräumen bei der Neuregelung komplexer Materien rechtfertigt sich daraus, dass sich häufig bei Erlass der maßgeblichen Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen lassen und deshalb auch größere Typisierungen und geringere Differenzierungen zunächst hingenommen werden müssen (BSG, Urteil vom 03.02.2010, Az.: [B 6 KA 1/09 R](#)). Mit dieser relativ weiten Gestaltungsfreiheit bei Anfangs- und Erprobungsregelungen korrespondiert eine Beobachtungs- und gegebenenfalls Nachbesserungspflicht des Normgebers, wenn sich im Vollzug von ursprünglich gerechtfertigten Regelungen herausstellt, dass die die Norm legitimierenden Gründe weggefallen oder die Auswirkungen für einzelne Normadressaten unzumutbar geworden sind (BSG a.a.O.). Hier ist erneut auf die Protokollnotiz zu verweisen, nach der nach Inkrafttreten dieser Maßnahme zur Gewährleistung der Zielerreichung in halbjährlichen Abständen durch das Institut des Bewertungsausschusses die Umverteilungswirkungen sowie der Zielerreichungsgrad analysiert werden sollen. Eine Regelung, die schon von ihrer Richtung oder Struktur prinzipiell systemfremd ist oder nicht mit höherrangigen Vorgaben übereinstimmt und auch unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung nicht hingenommen werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 05.06.2013, Az.: [B 6 KA 47/12 R](#)), liegt, wie noch ausgeführt werden wird, nicht vor.

Der Bewertungsausschuss hat den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum nicht überschritten.

Er hat seine Bewertungskompetenz nicht gleichheitswidrig genutzt.

Der Gleichbehandlungsgrundsatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) schreibt unter stetiger Orientierung am Gerechtigkeitsgedanken vor, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches dementsprechend unterschiedlich zu behandeln (BSG, Urteil vom 19.02.2014, Az.: [B 6 KA 38/12 R](#), m.w.N.). Damit ist dem Normgeber nicht jede Differenzierung verwehrt; er verletzt das Grundrecht vielmehr nur, wenn er eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie eine ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten (BSG a.a.O.). Es bedarf einer sachlichen Rechtfertigung und die Regelung muss zur Zielerreichung geeignet sein (BSG a.a.O.). Ein Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ist erst dann gegeben, wenn die Ungleichheit in dem jeweils in Betracht kommenden Zusammenhang so bedeutsam ist, dass ihre Beachtung nach einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise geboten erscheint (BVerfG, Entscheidung vom 16.03.1982, [BVerfGE 60, 113](#) (119)). Die Regelung muss aber nicht die zweckmäßigste, vernünftigste und gerechteste Lösung darstellen (BSG, Urteil vom 17.07.2013, Az.: [B 6 KA 44/12 R](#), und Urteil vom 28.06.2000, Az.: [B 6 KA 35/99 R](#), jeweils unter Bezugnahme auf die ständige Rechtsprechung des BVerfG).

Sofern die Abrechenbarkeit der Gebührenordnungsposition 06225 EBM auf ausschließlich konservativ tätige Augenärzte beschränkt worden ist, erfolgt eine Ungleichbehandlung von Fachärzten für Augenheilkunde in Abhängigkeit von ihrem Tätigkeitspektrum im jeweiligen Quartal.

Im Hinblick darauf, dass die (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 der Bundesärztekammer in Abschnitt B. Nr. 5 einen einheitlichen Facharzt für Augenheilkunde zugrunde legt, handelt es sich um eine Ungleichbehandlung von wesentlich gleichen Arzt(unter)gruppen.

Diese ist nach Auffassung der Kammer aber sachlich gerechtfertigt.

Das Steuerungsziel der Stärkung der konservativ tätigen Augenärzte durch eine angemessene Verbesserung der Vergütung zum Zwecke der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Versicherten sowohl durch konservativ als auch durch operativ tätige Augenärzte dient letztlich dem hochrangig einzustufenden Gemeinschaftsgut der Funktionsfähigkeit des Sozialleistungssystems.

Die mit der Neuregelung des Bewertungsausschusses einhergehenden Beeinträchtigungen, beispielsweise von Fachärzten für Augenheilkunde mit geringer operativer Tätigkeit, erweisen sich in der Abwägung als weniger gewichtig.

Den Schluss, dass sich einerseits ausschließlich operativ tätige Großpraxen etablierten, die im Hinblick auf den operativen Tätigkeitsumfang und die Vergütung operativer Leistungen nicht auf die Zusatzpauschale angewiesen seien, und andererseits ausschließlich konservativ tätige Augenärzte, die ihrerseits die Zusatzpauschale in Ansatz bringen könnten, was die flächendeckende Versorgung nicht fördere (SG München, Urteil vom 05.02.2014, Az.: [S 38 KA 305/12](#)), hält die Kammer nicht für zwingend. Die Entwicklung dürfte allenfalls eine Spezialisierung ophtalmologischer Arztpraxen bedingen, die für eine flächendeckende Versorgung ohne Relevanz ist.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass der Bewertungsausschuss als Normgeber auch zur Generalisierung, Pauschalierung, Schematisierung und Typisierung befugt ist (BSG, Urteil vom 28.01.2009, Az.: [B 6 KA 50/07 R](#)). Damit darf er einen geringfügigen operativen Leistungsanteil zum Anlass nehmen, von einer nicht mehr konservativen Praxisausrichtung zu sprechen.

Auch dem Einwand, der Arzt-Patienten-Kontakt sei in den Gebührenordnungspositionen 06210, 06211 und 06212 EBM bereits als obligater Leistungsinhalt enthalten und dieser entspreche dem der Gebührenordnungsposition 06225 EBM (SG München a.a.O.), folgt die Kammer nicht. Sie legt zugrunde, dass über den in den Grundpauschalen enthaltenen obligaten Leistungsinhalt hinaus weitere Leistungen des ausschließlich konservativ tätigen Augenarztes denkbar sind, zumal Nr. 6 der Präambel 6.1 Ausschlussstatbestände für die Leistungen nach Nrn. 06210, 06211 und 06212 nennt. Damit verbleibt ein eigener Anwendungsbereich bzw. Raum für eine eigenständige, honorierungsfähige ärztliche Leistung. Folglich steht nicht entgegen, dass nur auf der Ebene der Honorarverteilung gleiche Leistungen zu unterschiedlichen Vergütungen führen dürften, während auf der Ebene der Leistungsbewertung der Gleichbehandlungsgrundsatz gelte. In diesem Zusammenhang ist ferner zu berücksichtigen, dass die augenärztlichen Grundpauschalen und die Zusatzpauschale keinesfalls gleich aufgebaut sind, sondern Nr. 06225 EBM im Gegensatz zu den Grundpauschalen einen fakultativen Leistungsinhalt nicht vorgibt. Im Übrigen wird nicht die Nicht-Leistung des konservativ tätigen Augenarztes auf operativem Gebiet honoriert, sondern die Leistung im Zusammenhang mit dem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt.

Die mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 31.08.2011 ergriffenen Maßnahmen sind zur Erreichung des Steuerungsziels auch geeignet. Dass die Maßnahmen zur Zielerreichung von vornherein ungeeignet waren, ist nicht ersichtlich. Vielmehr ergibt die ex post-Betrachtung eine Wirksamkeit der Maßnahmen. Die Kammer stützt diese Einschätzung auf die Evaluation des Instituts des Bewertungsausschusses. Danach erfolgte im Jahr 2012 ein Anstieg des Anteils konservativ tätiger Augenärzte auf mehr als 75 %, nachdem in den Jahren 2009 bis 2011 allein bei den operativ tätigen Augenärzten ein Anstieg zu verzeichnen war. Das Honorar der konservativ tätigen Augenärzte stieg ebenfalls an.

Sofern der Kläger einen Verstoß gegen das Gebot der Normenklarheit annimmt, weil keine normative Festlegung oder Definition dessen, welche invasiven Verfahren als operative Tätigkeit aufzufassen sind, ist die Kammer anderer Auffassung. Zwar sind die Leistungen der intravitrealen Injektion und der operativen intraokularen Medikamenteneinbringung durch den Normgeber weder definiert noch beschrieben. Sie sind aber als medizinische Fachtermini durch Heranziehung entsprechender Literatur zu erfassen, beispielsweise Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, Seiten 1020 ("intra-") 2235 ("vitreus") und 1005 ("Injektion"), Seite 1514 ("Operation") sowie Seite 1498 ("ocularis"), und bedeuten Einbringung von Arzneimitteln in den Glaskörper des Auges hinein und chirurgische Medikamenteneinbringung in das Auge hinein. Die Begriffe sind damit weit gefasst.

Die Kammer ist schließlich nicht der Ansicht, dass die Bildung einer Arztgruppe konservativ tätige Augenärzte [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) widerspricht. Nach [§ 87 Abs. 2a Satz 2 SGB V](#) ist bei der Bestimmung der Arztgruppen nach [§ 87 Abs. 2a Satz 1 SGB V](#) der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugrunde zu legen. Keinem Facharzt für Augenheilkunde ist es nach der Änderung des Kapitels 6 EBM zum 01.01.2012 verwehrt, operativ tätig zu sein und damit einen Teil ihres Versorgungsauftrags zu erfüllen.

Sofern der Kläger geltend macht, die Kassenärztlichen Vereinigungen handhabten die Abrechnung der Nr. 06225 EBM bundesweit unterschiedlich, kann er daraus keine Rechte herleiten. Es gibt keine Gleichheit im Unrecht (BSG, Urteil vom 27.05.2014, Az.: [B 5 RE 6/14 R](#); dass., Urteil vom 18.12.2003, Az.: [B 4 RA 34/03 R](#); LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 15.08.2007, Az.: [L 11 KA 25/07](#); dass., Urteil vom 08.06.2005, Az.: [L 11 KA 19/04](#)).

Auf den Hilfsantrag des Klägers war gemäß [§ 161 Abs. 2 SGG](#) in Verbindung mit [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) die Sprungrevision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zuzulassen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach trägt der unterliegende Teil die Kosten des Verfahrens. Die Kostenentscheidung berücksichtigt im Übrigen [§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 162 VwGO](#). Danach sind die außergerichtlichen Kosten des Beigeladenen nur erstattungsfähig, wenn sie das Gericht aus Billigkeit der unterliegenden Partei oder der Staatskasse auferlegt. Hier ist maßgebend, dass die Beigeladenen keine Anträge gestellt haben und damit kein Kostenrisiko im Sinne des [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 3 VwGO](#) eingegangen sind. Dieser bestimmt, dass dem Beigeladenen Kosten nur auferlegt werden können, wenn er Anträge gestellt hat.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2014-12-11