B 6 KA 4/13 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 33 KA 115/09
Datum
25.07.2012
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 4/13 R
Datum
11.12.2013
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Der Beschluss des Bewertungsausschusses zur Ermittlung des Orientierungswerts als Grundlage der Regelleistungsvolumina für das Quartal I/2009 ist rechtmäßig.
Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 25. Juli 2012 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Revisionsverfahrens.

Gründe:

I

1

Die klagende Gemeinschaftspraxis (Berufsausübungsgemeinschaft), die im streitbefangenen Quartal I/2009 aus acht Radiologen und einem Nuklearmediziner bestand, wendet sich gegen den Bescheid über ihr Regelleistungsvolumen (RLV) für dieses Quartal.

2

Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) wies der Klägerin mit Bescheid vom 8.12.2008 (korrigiert am 5.3.2009) unter Zugrundelegung der maßgeblichen Fallwerte der in der Praxis vertretenen Arztgruppen ein RLV von 447 397 Euro zu. Dabei gewährte sie der Klägerin nicht den 10%igen Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften, weil die Klägerin keine fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaft sei. Den Widerspruch der Klägerin, der in erster Linie auf die Nichtgewährung des Zuschlags für Berufsausübungsgemeinschaften gestützt war, wies die Beklagte zurück.

3

Im Klageverfahren hat die Klägerin - soweit im Revisionsverfahren noch von Interesse - geltend gemacht, der Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften sei ihr zu Unrecht vorenthalten worden. Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin seien auf derart verwandten Tätigkeitsfeldern tätig, dass es nicht gerechtfertigt sei, ihre Kooperation wie eine fachgebietsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft zu behandeln. Zudem sei der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBewA) vom 27./28.8.2008 über die Grundlagen der Ermittlung der RLV von den maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften nicht gedeckt. Das SG hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 25.7.2012). Es hat die Bedenken gegen die Ermittlung der RLV nicht geteilt und sich ua auf Rechtsprechung der SG e Marburg und Mainz zur gleichen Problematik berufen.

4

Die Klägerin beanstandet mit ihrer Sprungrevision neben der Nichtgewährung des Zuschlags für Berufsausübungsgemeinschaften insbesondere die Verletzung der gesetzlichen Vorschriften, die die Rechtsgrundlage des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008 und deren Korrektur im weiteren Verlauf des Jahres 2008 bilden. Die Klägerin rügt insoweit zunächst, dass der EBewA als Basis für die Ermittlung des Orientierungswertes von den Abrechnungswerten des Jahres 2007 und nicht von denen des Jahres 2008 - wie gesetzlich vorgeschrieben - ausgegangen sei. Unter Hinweis auf die vom BSG stets betonte strikte Gesetzesbindung des EBewA macht die Klägerin geltend, trotz der unübersehbaren Schwierigkeiten, die maßgeblichen Daten des Jahres 2008 zu erhalten, habe sich der EBewA nicht von der gesetzlichen

Vorgabe der Orientierung an dem Jahr 2008 lösen dürfen. Fehlerhaft sei es weiterhin, dass der EBewA in Teil A Nr 3 des Beschlusses vom 27./28.8.2008 zur Umsetzung der Erhöhungen der Leistungsmengen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä) zum 1.1.2008 von einem generellen Anstieg der Leistungsmenge um 9,7 % ausgegangen sei. Ungeachtet der Berechtigung des EBewA zur Typisierung sei es nicht gerechtfertigt, die unterschiedlichen Auswirkungen von Erhöhungen der Leistungsmengen im EBM-Ä für die einzelnen Arztgruppen auf einen durchschnittlichen Leistungszuwachs zu nivellieren, der dann einheitlich der Berechnung des Orientierungswertes aller Arztgruppen zugrunde gelegt wird. Fehlerhaft sei auch die Ermittlung der sogenannten Honorarverteilungs-Quote in Teil B Nr 1.2 des Beschlusses vom 27./28.8.2008 erfolgt. Mit dieser Quote habe der EBewA dem Umstand Rechnung tragen wollen, dass nicht alle sachlich-rechnerisch richtiggestellten abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen im Aufsatzzeitraum tatsächlich honorarwirksam geworden seien. Sowohl die Ermittlung dieser sogenannten "HVV-Quote" wie die Differenzierung zwischen der höheren Quote in den neuen Bundesländern und den niedrigeren Quoten in den alten Bundesländern seien mit den gesetzlichen Vorgaben nicht vereinbar. Unzureichend berechnet habe der EBewA weiterhin in Teil B Nr 4 der maßgeblichen Beschlüsse die Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge des Jahres 2009; die Festsetzung des Anstiegs von 2008 auf 2009 mit 5,1 % sei nicht nachvollziehbar. Zwar sei dem EBewA gemäß § 87c Abs 4 Satz 3 SGB V aF ausdrücklich eine Schätzung gestattet, doch habe sich der EBewA zumindest bemühen müssen, nachvollziehbare Grundlagen für diese Schätzung zu ermitteln. Das sei nicht geschehen. Explizit verweigert habe der EBewA die Umsetzung seiner Verpflichtung, Indikatoren zur Bewertung von regionalen Besonderheiten der Versorgungsstruktur zwischen den Bezirken der KÄV en festzulegen, auf deren Grundlage die Gesamtvertragspartner eine regionale Anpassung der Orientierungswerte aufgrund von Unterschieden in der Versorgungsstruktur vereinbaren konnten. Die lapidaren Aussagen des EBewA in Teil C Nr 1 des Beschlusses vom 27./28.8.2008, dass unter der Prämisse einer arztgruppen- und planungsbereichsübergreifenden Wirksamkeit Indikatoren zu regionalen Besonderheiten nicht feststellbar seien, seien ersichtlich unvereinbar mit der Gesetzesbindung des EBewA. Der Gesetzgeber habe vorgegeben - was auch der allgemeinen Lebenserfahrung entspreche -, dass es hinsichtlich der Wirtschaftskraft eklatante Unterschiede im Bundesgebiet gebe, und der EBewA dürfe nicht schlicht das Gegenteil feststellen. Ähnlich sei der EBewA in Teil F Nr 3.2.2 der Beschlüsse bei der Berücksichtigung der Morbidität auf der Grundlage des § 87b Abs 3 Satz 6 SGB V aF verfahren. Der EBewA habe dort festgestellt, dass das Kriterium "Geschlecht" sich nicht zur Abbildung der Morbidität eigne, da das abgerechnete Volumen von vertragsärztlichen Leistungen durch dieses Kriterium nicht signifikant beeinflusst werde. Nach § 87b Abs 3 Satz 6 SGB V aF habe der Gesetzgeber vorgegeben, dass auch das Geschlecht der Versicherten bei der Morbiditätsentwicklung zu berücksichtigen sei. Dem habe sich der EBewA nicht einfach entziehen dürfen.

5

Hinsichtlich der Regelung über den Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften rügt die Klägerin, dass sie nur wegen der Mitgliedschaft eines Nuklearmediziners - neben acht Radiologen - als fachgebietsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft angesehen worden sei. Zwar habe der EBewA im Hinblick auf die Rechtsprechung des BSG Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften insbesondere deshalb vorsehen dürfen, weil diese bestimmte Pauschalen nur einmal je Behandlungsfall berechnen könnten, auch wenn ein Patient von mehreren Ärzten der Kooperation behandelt worden sei. Dieser Gedanke treffe aber auch auf eine radiologische Gemeinschaftspraxis, in der lediglich durch einen Arzt auch nuklearmedizinische Leistungen erbracht werden, zu. Die Möglichkeit, in den rein nuklearmedizinischen Behandlungsfällen die entsprechende Pauschale für Nuklearmediziner abzurechnen, gleiche im Hinblick auf das Zahlenverhältnis von einem Nuklearmediziner gegenüber acht Radiologen den Verlust, der mit der vollständigen Nichtvergütung des Zuschlags für Berufsausübungsgemeinschaften in allen Behandlungsfällen der Praxis verbunden sei, nicht annähernd aus.

6

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 25.7.2012 sowie den Bescheid der Beklagten vom 8.12.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.3.2009 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, über die Zuweisung des Regelleistungsvolumens für das Quartal I/2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

7

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

8

Sie verweist zur Begründung darauf, dass sie an die Beschlüsse des EBewA vom 27./28.8 sowie 17.10. und 23.10.2008 gebunden sei und insoweit nicht näher Stellung nehmen wolle. Insoweit verweist sie auf die im Verfahren S 14 KA 137/09 (SG Düsseldorf) vorgelegten und zum Gegenstand des Verfahrens gemachten Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) und des Vorsitzenden des EBewA. Hinsichtlich der Behandlung der Klägerin als fachgebietsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft weist sie deren Vorwurf zurück, sie erst ab dem Quartal III/2009 als schwerpunktübergreifende Praxis bei der Honorarverteilung behandelt zu haben. Zum 1.7.2009 sei auf der Grundlage der Erfahrungen mit der Abrechnung aus den ersten beiden Quartalen des Jahres 2009 die Zuschlagsregelung für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften geändert worden und die Klägerin deshalb in den Genuss höherer Leistungen gekommen. Daraus könne nicht abgeleitet werden, dass die Rechtslage zuvor mit höherrangigem Recht unvereinbar gewesen sei.

II

9

Die Revision der Klägerin hat keinen Erfolg. Das SG hat im Ergebnis und in der Begründung zutreffend entschieden, dass die angefochtenen Bescheide über die Zuweisung des RLV für das Quartal I/2009 nicht zu beanstanden sind.

10

1. Die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen erfolgte ab dem 1.1.2009 im gesamten Bundesgebiet für die große Mehrzahl der

Arztgruppen auf der Grundlage von RLV gemäß § 87b Abs 2 Satz 2 SGB V aF. Das RLV wird der einzelnen Praxis mit anfechtbarem Bescheid zugewiesen (BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 1 RdNr 10). Die Anfechtungsberechtigung entfällt, wenn der Honorarbescheid für das betroffene Quartal, dessen wesentlicher Bestandteil das RLV ist, bestandskräftig ist. Das ist hier nach den Feststellungen des SG nicht der Fall.

11

2. Das SG hat offengelassen, ob die Klägerin berechtigt ist, die Vereinbarkeit der für die Bildung des RLV maßgeblichen Regelungen in den Beschlüssen des EBewA insbesondere vom 27./28.8.2008 mit deren gesetzlichen Ermächtigungsnormen zur gerichtlichen Nachprüfung zu stellen. Das SG hat insofern auf die Rechtsauffassung der Beklagten reagiert, die unter Hinweis auf das Senatsurteil vom 31.8.2005 - B 6 KA 6/04 R - (BSGE 95, 86 = SozR 4-2500 § 85 Nr 21) in Frage gestellt hat, ob der einzelne Vertragsarzt die Grundlagen der Ermittlung der Gesamtvergütungen gerichtlich überprüfen lassen kann. Dieser Auffassung dürfte jedoch ein Missverständnis des erwähnten Senatsurteils vom 31.8.2005 zugrunde liegen. In diesem Urteil hat der Senat ausgeführt, der einzelne Vertragsarzt könne die Höhe der zwischen den Vertragspartnern auf Gesamtvertragsebene vereinbarten Gesamtvergütungen nicht gerichtlich überprüfen lassen, weil dem Abschluss der Verträge ein Verhandlungsprozess zwischen den Vertragspartnern zugrunde liege, der nicht rechtlich voll determiniert ist. Dieser Gedanke kann nicht - wie es möglicherweise der Beklagten vorschwebt - auf alle Regelungen übertragen werden, die für die Ermittlung des Honorars eines Vertragsarztes bzw einer Berufsausübungsgemeinschaft maßgeblich sind. Soweit etwa die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen oder des Orientierungswertes rechtlich determiniert und nicht Gegenstand von Verhandlungen der Partner der Gesamtverträge ist, kann der einzelne Vertragsarzt mit der Anfechtung des Honorarbescheides bzw des Bescheides über das ihm zugewiesene RLV gerichtlich klären lassen, ob die maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften durch den EBewA und die maßgeblichen Vorgaben des EBewA durch die für die Vereinbarung des Honorarverteilungsvertrags (HVV) (nach den bis Ende 2012 geltenden gesetzlichen Vorschriften) zuständigen Gesamtvertragspartner richtig umgesetzt worden sind. Soweit die Festsetzung des RLV lediglich einen Normvollzug darstellt, stehen alle normativen Vorgaben zur gerichtlichen Überprüfung, jeweils darauf, ob der zuständige Normgeber die ihn verpflichtenden höherrangigen Normen beachtet hat. Jede andere Auffassung würde dazu führen, dass wesentliche Teile der für die Vergütung der Vertragsärzte maßgeblichen Vorschriften nicht auf ihre Wirksamkeit überprüft werden könnten. Der Senat hat den eigentlichen Aushandlungsprozess der Partner der Gesamtverträge hinsichtlich der Höhe der Gesamtvergütungen der gerichtlichen Kontrolle auf Klagen von Vertragsärzten wie auch von einzelnen Krankenkassen entzogen, nicht aber zugleich die für die Honorarverteilung und Honorierung maßgeblichen untergesetzlichen Vorschriften von einer gerichtlichen Überprüfung insgesamt freigestellt.

12

3. Der Klägerin ist in den angefochtenen Bescheiden zu Recht kein Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften in Höhe von 10 % gewährt worden. In Teil F Nr 1.2.4 des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008 - insoweit in der Fassung des Korrekturbeschlusses vom 17.10.2008 - ist bestimmt, dass das RLV für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe bzw desselben Schwerpunktes unter Berücksichtigung eines Aufschlags von 10 % berechnet wird. Damit korrespondiert die Regelung des § 5 Abs 5 Satz 5 HVV. Danach wird in den Quartalen I und II/2009 das RLV für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften unter Berücksichtigung eines Aufschlags von 10 % berechnet.

13

Diese Regelungen knüpfen an die früheren Vorschriften im EBM-Ä zur Förderung von Berufsausübungsgemeinschaften (bzw den früheren Gemeinschaftspraxen) an, die der Senat in ständiger Rechtsprechung für gerechtfertigt gehalten hat (zuletzt Urteil vom 17.3.2010 - B 6 KA 41/08 R - BSGE 106, 49 = SozR 4-2500 § 87 Nr 21). Jenseits des von der Rechtsprechung gebilligten Förderzwecks hinsichtlich kooperativer Formen der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit spielt bei der Regelung zum 10 %-Aufschlag auf das RLV eine Rolle, dass bestimmte Ordinationskomplexe und Pauschalen in einer Berufsausübungsgemeinschaft nur einmal je Behandlungsfall der gesamten Praxis abgerechnet werden können. Soweit sowohl der Bewertungsausschuss (BewA) in seinem Beschluss vom 17.10.2008 als auch die Vertragspartner des HVV an die Identität der Arztgruppen bzw Schwerpunkte in einer Berufsausübungsgemeinschaft als tatbestandliche Voraussetzungen für die Gewährung des Zuschlags anknüpfen, hält sich das im Rahmen der Gestaltungsfreiheit der Normgeber. Eine Berufsausübungsgemeinschaft zwischen Radiologen und Nuklearmedizinern ist in diesem Sinne nicht arztgruppengleich.

14

Soweit die Klägerin demgegenüber geltend macht, die Fachgebiete der Radiologie und Nuklearmedizin wiesen eine erhebliche Nähe auf, sodass die Behandlung einer Berufsausübungsgemeinschaft aus Radiologen und Nuklearmedizinern als arztgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft nicht gerechtfertigt sei, kann dem nicht gefolgt werden. Zunächst ist nicht zu beanstanden, dass der EBewA für die Differenzierung zwischen arztgruppenübergreifenden und arztgruppengleichen Berufsausübungsgemeinschaften strikt an die weiterbildungsrechtliche Abgrenzung der Arztgruppen angeknüpft hat. Auf diese Weise wird der KÄV eine klare Zuordnung jeder Berufsausübungsgemeinschaft ermöglicht; Erwägungen über die mögliche Nähe von Fachgebieten und Schwerpunkten - etwa bei Chirurgen und Orthopäden je nach Ausrichtung der chirurgischen Tätigkeit - wären geeignet, die Umsetzung der Zuschlagsregelung erheblich zu erschweren. Im Übrigen bestehen (auch) unter bedarfsplanungsrechtlichen Aspekten zwischen Radiologen und Nuklearmedizinern erhebliche Unterschiede. Das steht der Annahme entgegen, beide Fachgebiete bildeten eine Einheit in dem Sinne, dass in einer Praxis unter Versorgungsgesichtspunkten regelmäßig beide Fachgebiete vertreten sein müssten. Radiologen gehören nach § 13 Bedarfsplanungs-Richtlinien (BedarfsplRL) zum spezialisierten fachärztlichen Versorgungsbereich und unterliegen seit jeher der vertragsärztlichen Bedarfsplanung. Demgegenüber rechnen Nuklearmediziner nach § 14 BedarfsplRL zur "gesonderten fachärztlichen Versorgung"; hier ist die Relation so, dass auf 118 500 Versicherte ein Nuklearmediziner als bedarfsgerecht gilt, während die Zahl bei Radiologen mit 1 zu 50 000 veranschlagt wird. Auch nach § 41 BedarfsplRL gibt es keine Übereinstimmung der Fachgebiete zwischen Radiologie und Nuklearmedizin. Bis zum 31.12.2012 unterlagen Nuklearmediziner wegen der Nichterreichung der Grenzzahl von 1 000 auch nicht der Bedarfsplanung, vorbehaltlich der Übergangsregelung des § 48 Abs 2 BedarfsplRL. Schon daraus ergeben sich erhebliche Unterschiede zwischen beiden Arztgruppen.

15

Soweit die Klägerin es für unangemessen hält, allein wegen der Zugehörigkeit eines Nuklearmediziners zu ihrer Berufsausübungsgemeinschaft diese insgesamt von dem Zuschlag auszunehmen, teilt der Senat diese Auffassung nicht. Es liegt in der Gestaltungsfreiheit des Normgebers sowie der ihm zustehenden Berechtigung zur Typisierung, allein an eine Mehrzahl von in einer Berufsausübungsgemeinschaft vertretenen Fachgebieten anzuknüpfen. Jede Differenzierung, wie viele Arztgruppen vertreten sind, wie sich deren Anzahl zueinander verhält und welche Schwerpunkte im Einzelnen ausgeübt werden, würde zu erheblichen Umsetzungsschwierigkeiten führen und neue Differenzierungsprobleme aufwerfen. Soweit die Klägerin einwendet, ab dem III. Quartal 2009 habe sie einen Zuschlag erhalten, beruht das - wie die Beklagte überzeugend dargelegt hat - auf Änderungen der normativen Grundlagen und nicht auf einem geläuterten Verständnis der Regelung in Teil F Nr 1.2.4 aus dem Beschluss des BewA vom 17.10.2008. Im Übrigen hat der EBewA selbst durch die neue Fassung seiner Beschlüsse zu den RLV zum 1.7.2009 deutlich gemacht, dass er sich der ihm als Normgeber obliegenden Beobachtungspflicht bewusst ist und entsprechend nachsteuert. Daraus kann nicht geschlossen werden, dass die strikte Regelung für die ersten beiden Quartale des Jahres 2009 von ihm selbst nachträglich als unangemessen bewertet worden wäre.

16

4. Schwerpunktmäßig wendet sich die Klägerin allerdings nicht gegen die Umsetzung des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008 durch die Partner des HVV im Bezirk der Beklagten, sondern gegen den Inhalt dieses Beschlusses selbst. Sechs Regelungen in diesem Beschluss hält die Klägerin für gesetzeswidrig und leitet daraus ab, ihr RLV hätte höher als in den angefochtenen Bescheiden geschehen festgesetzt werden müssen, wenn der EBewA die gesetzlichen Vorgaben beachtet hätte. Die Klägerin macht zutreffend nicht unmittelbar ein RLV in einer bestimmten Höhe geltend, sondern begehrt die Verpflichtung der beklagten KÄV, nach einer gesetzeskonformen Beschlussfassung durch den EBewA das RLV neu festzusetzen. Diesem Begehren fehlt nicht das Rechtsschutzbedürfnis, auch wenn nicht feststeht, dass eine neue Beschlussfassung im EBewA notwendig zu einem höheren RLV führen würde. Die Klägerin hat Anspruch auf eine gesetzeskonforme Berechnung ihres RLV, und es liegt jedenfalls nicht auf der Hand, dass die Klägerin nicht davon profitieren könnte, wenn die Grundlagen für die RLV in zentralen Punkten neu justiert werden. Der Senat teilt die Bedenken der Klägerin jedoch nicht. Der EBewA hat bei dem Beschluss vom 27./28.8.2008 und den hier relevanten Änderungsbeschlüssen vom 17.10.2008 und 23.10.2008 die gesetzlichen Vorgaben beachtet oder jedenfalls im Ergebnis nicht rechtswidrig entschieden.

17

a. Im Ausgangspunkt zutreffend rügt die Klägerin zunächst, dass sich der EBewA in seinem Beschluss vom 27./28.8.2008 dadurch in offenen Widerspruch zur gesetzlichen Regelung gesetzt hat, dass er in Teil A Nr 1.1 unter der Überschrift "Aufsatzzeitraum" bestimmt hat, der Zeitraum des I. bis IV. Quartals 2007 diene als Basis für die Ermittlung des Finanzvolumens im Rahmen der Berechnung des Orientierungswertes nach § 87c Abs 1 Satz 3 SGB V aF, während in dieser Vorschrift normiert ist, dass sich das Finanzvolumen aus der Summe der insgesamt für das Jahr 2008 nach § 85 Abs 1 SGB V aF zu entrichtenden Gesamtvergütungen in Euro ergibt.

18

Es kann anhand der Materialien zum Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht mehr geklärt werden, ob im Gesetzgebungsverfahren übersehen worden ist, dass die Summe der im "Jahr 2008 nach § 85 Abs. 1 zu entrichtenden Gesamtvergütungen in Euro" zum 1.6.2008 noch nicht endgültig feststehen konnte. Denkbar ist auch, worauf die Wendung "zu entrichtenden" (statt: gezahlten) Gesamtvergütungen hindeutet, dass der Gesetzgeber davon ausging, zum 1.6.2008 seien die Vereinbarungen über die Gesamtvergütungen für 2008 abgeschlossen, sodass das Volumen der Zahlungen jedenfalls normativ bestimmbar sei. Diese Erwartungen konnten immer dann nicht erfüllt werden, wenn zum Ende Mai 2008 (§ 87c Abs 1 Satz 6 SGB V aF) die Verhandlungen noch nicht in allen KÄV-Bezirken abgeschlossen waren. Der Regelung des § 87c Abs 1 SGB V aF sind in den Sätzen 4 und 6 jeweils hinreichende Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass der BewA grundsätzlich von den aktuellen Abrechnungsdaten aus mindestens vier zusammenhängenden Quartalen als Berechnungsbasis ausgehen sollte. Das ist zwar ausdrücklich nur für die Leistungsmenge und nicht für das Finanzvolumen angeordnet. Der EBewA musste jedoch auf den Umstand, dass er den Orientierungswert bis zum 31.8.2008 festlegen musste (§ 87c Abs 1 Satz 1 SGB V aF) und das Finanzvolumen iS des Satzes 3 tatsächlich nicht feststand, reagieren und durfte nicht einfach von einer Beschlussfassung absehen. Das Abstellen auf das Finanzvolumen des letzten vollständig abgerechneten Jahres - nämlich 2007 - und die Erhöhung dieses Volumens um die Steigerung der Grundlohnsumme von 2007 auf 2008 war jedenfalls nach der Systematik des § 87c Abs 1 SGB V aF die gesetzesnächste Lösung. Dass sich eine (mögliche) Differenz zwischen den 2008 tatsächlich zu entrichtenden Vergütungen und den für 2007 gezahlten und um die Steigerung der Grundlohnsumme erhöhten Vergütungen messbar auf die Höhe des Orientierungswertes für 2009 ausgewirkt hätte, liegt eher fern.

19

b. Die Klägerin beanstandet bei der Ermittlung des Orientierungswertes weiterhin, dass der EBewA den Vorgaben des § 87c Abs 1 Satz 5 SGB V aF nicht angemessen entsprochen habe. Danach war die tatsächlich 2007 abgerechnete Leistungsmenge in Punkten anzupassen, um den Auswirkungen des zum 1.1.2008 in Kraft getretenen EBM-Ä auf die von den Ärzten abgerechnete Punktmenge Rechnung zu tragen. Diese Regelung sollte sicherstellen, dass die durch umfassende Bewertungsverbesserungen im EBM-Ä induzierte Steigerung der Leistungsmenge, die als honorarpolitisch gewollt angesehen wurde, im Orientierungswert ihren Niederschlag findet. Dass dieser Anstieg der Punktmenge im Frühsommer 2008 nicht exakt berechnet werden konnte, musste allen Beteiligten klar sein. Erst am 15.5.2008 wurden nach dem üblichen Verwaltungsablauf die ersten Honorarbescheide für das Quartal I/2008 erlassen, aus denen sich Hinweise auf die Auswirkungen der EBM-Reform gewinnen ließen. § 87c Abs 1 Satz 5 SGB V aF schreibt deshalb ausdrücklich nur "Simulationsberechnungen" vor (vgl BT-Drucks 16/4247 S 44 zu § 87c). Die tatsächlich dem EBewA zugängliche Datenmenge war dann möglicherweise noch kleiner als im Gesetzgebungsverfahren vermutet: Es lagen valide Daten nur aus zwei KÄV-Bezirken vor. Um überhaupt fristgerecht den im Interesse der Vertragsärzte besonders wichtigen, EBM-induzierten Anstieg der Punktmenge ab dem 1.1.2008 verlässlich schätzen zu können, hat der EBewA die Punktzahl je Fall im Quartal I/2007 mit derjenigen in I/2008 verglichen und daraus einen Anstieg um 9,7 % - gerechnet über alle Arztgruppen - abgeleitet. Spätere genauere Berechnungen haben nach Angaben der KÄBV ergeben, dass diese Schätzung den tatsächlichen Anstieg der Leistungsmenge so genau getroffen hat, dass kein Korrekturbedarf aufgetreten ist (vgl schon SG Marburg Urteil vom 6.10.2010 - S 11 KA 340/09 - Juris RdNr 95/96). Dass der EBM-induzierte Anstieg der Leistungsmenge sich auf die einzelnen Arztgruppen unterschiedlich ausgewirkt haben dürfte, ist bei der Umsetzung des § 87c Abs 1 SGB V aF ohne Bedeutung, weil innerhalb der einzelnen Schritte zur

Ermittlung des Orientierungswertes nicht nach Arztgruppen differenziert wird.

20

c. Soweit die Klägerin die sog HVV-Quote in den Beschlüssen des EBewA beanstandet, ist zwischen den Regelungen in Teil A und Teil B des Beschlusses vom 27./28.8.2008 und den dazu ergangenen Korrekturbeschlüssen zu differenzieren. Der EBewA hat im Rahmen der Festlegung des Orientierungswertes auf der Grundlage des § 87 Abs 2e Satz 1 Nr 1 iVm § 87c Abs 1 SGB V aF eine bundeseinheitliche HVV-Quote mit zunächst 0,9059 ermittelt (Teil A Nr 2.2), die dann auf 0,9048 korrigiert worden ist (II Nr 1). Grundlage dafür sind die Regelungen in § 87c Abs 1 Sätze 4 und 6 SGB V aF, aus denen sich ergibt, dass die KÄV en dem BewA die Leistungsmengen nach Berichtigung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen übermitteln müssen. Das trägt dem Umstand Rechnung, dass in der Vergangenheit als Folge von mengenbegrenzenden Regelungen in den Verteilungsmaßstäben der KÄV en nicht alle abgerechneten Punkte das Honorar der Vertragsärzte tatsächlich erhöht haben. Nach § 87c Abs 1 Satz 4 SGB V aF ist aus den vorliegenden Abrechnungsdaten die Leistungsmenge als Punktzahlvolumen hochzurechnen. Dabei soll, wie sich aus der Regelung zur Datenlieferung in Satz 6 ergibt, nicht mehr auf die insgesamt erbrachten Leistungen abgestellt werden, sondern auf die Leistungsmengen, die sich nach Anwendung von Mengenbegrenzungsmechanismen der HVV e ergeben (BT-Drucks 16/4247 S 44 zu § 87c). Dass die Differenz zwischen abgerechneter und honorarwirksamer Leistungsmenge, die vom EBewA als "HVV-Quote" bezeichnet wird (vgl auch BSGE 110, 258 = SozR 4-2500 § 87a Nr 1, RdNr 39), im Rahmen der Festlegung des Orientierungswertes einheitlich für das Bundesgebiet berechnet werden musste, steht außer Frage. Anhaltspunkte dafür, dass der EBewA die Quote falsch berechnet hat, sieht der Senat nicht.

21

Auf einer anderen normativen Basis beruht die Quote in Teil B Nr 1.2 des Beschlusses vom 27./28.8.2008 und 23.10.2008, die die Klägerin in Übereinstimmung mit der Beklagten für rechtswidrig hält. Rechtsgrundlage dieser HVV-Quote zur Errechnung des Behandlungsbedarfs war § 87c Abs 4 Satz 6 SGB V aF, wie der Senat schon in seinem Urteil vom 21.3.2012 (BSGE 110, 258 = SozR 4-2500 § 87a Nr 1, RdNr 39) näher dargelegt hat. Zu dem "Verfahren" zur Berechnung des Behandlungsbedarfs durch die Partner der Gesamtverträge im Sinne dieser Vorschrift gehören auch Festlegungen dazu, wie sich im Bezirk der jeweiligen KÄV die Nettoleistungsmenge (nach Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen) zur Bruttoleistungsmenge verhalten hat. Ebenso wie bei der Ermittlung des Orientierungswertes nach § 87c Abs 1 SGB V aF musste der EBewA auch für die Ermittlung des Leistungsbedarfs nach Abs 4 dem Umstand Rechnung tragen, dass im Aufsatzzeitraum 2007 nicht alle abgerechneten Leistungen honorarwirksam geworden waren. Nachdem der EBewA die Quoten im ursprünglichen Beschluss vom 27./28.8.2008 noch einheitlich jeweils für die "alten" Bundesländer mit 0,9059 und für die "neuen" Bundesländer mit 0,9544 festgelegt hatte, hat der Ausschuss die Festlegungen am 23.10.2008 dahin korrigiert, dass in den alten Bundesländern je nach KÄV-Bezirk unterschiedliche Quoten festgesetzt wurden (vgl BSG, aaO, RdNr 38). Für die Beklagte betrug die Quote 0,9155. Damit hat der EBewA die Folgerung daraus gezogen, dass sich die honorarbegrenzenden Maßnahmen der einzelnen KÄV en auf den Abstand zwischen Brutto- und Nettoleistungsmenge zumindest in den westlichen Bundesländern so unterschiedlich ausgewirkt haben, dass eine einheitliche Quote zu Verwerfungen hätte führen können (BSG, aaO, RdNr 40).

22

Der EBewA war entgegen der Auffassung der Klägerin berechtigt, die HVV-Quote als zentralen Bestandteil des Verfahrens zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs iS des § 87c Abs 4 Satz 5 SGB V aF auf der Grundlage der ihm übermittelten Daten selbst festzusetzen. Insoweit unterscheiden sich die gesetzlichen Regelungen des § 87c Abs 4 SGB V aF deutlich von denjenigen in § 87b Abs 4 SGB V aF, zu denen der Senat in seinem Urteil vom 27.6.2012 (BSGE 111, 114 = SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 30 ff) Stellung genommen hat. In § 87c Abs 4 Satz 5 SGB V aF ist dem BewA aufgegeben, ein "zwingend zu beachtendes Verfahren" zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs zu beschließen, während er nach § 87b Abs 4 SGB V aF nur "Vorgaben" machen darf. Da die HVV-Quote für die Ermittlung des Behandlungsbedarfs erhebliche Bedeutung hat und auch unter verteilungspolitischen Aspekten streitanfällig sein kann, lag es nahe, dass der Gesetzgeber den BewA zu entsprechenden Festlegungen verpflichtet hat, auch um die HVV-Quote dem Streit der Partner der Gesamtverträge über die Höhe der Gesamtvergütung für 2009 zu entziehen. Die Vertragspartner wie das Schiedsamt waren an die vom EBewA festgesetzte Quote gebunden (BSGE 110, 258 = SozR 4-2500 § 87a Nr 1, RdNr 38).

23

Nicht anders als im Fall der KÄV Hessen sieht der Senat auch bezogen auf die hier beklagte KÄV Nordrhein keinen Anlass für die Annahme, dass der EBewA bei der Festsetzung der Quote den ihm als Normsetzer zustehenden Gestaltungsspielraum überschritten haben könnte (vgl BSG, aaO, RdNr 40). Soweit beide Beteiligten geltend machen, der EBewA habe nicht berücksichtigt, dass die mengenbegrenzenden Individualbudgets, die die Beklagte bis Ende 2008 ihrer Honorarverteilung zugrunde gelegt hat, teilweise rechtswidrig waren (BSG vom 14.12.2011 - SozR 4-2500 § 85 Nr 68), stellt das die Verbindlichkeit der Festlegung der Quote durch den EBewA nicht in Frage. Der EBewA konnte seine Entscheidung nach § 87c Abs 4 SGB V aF nur auf der Basis der Daten treffen, die ihm die KÄV en für das Jahr 2007 übermittelt hatten. Es ist schlechthin ausgeschlossen, alle Folgen anhängiger oder zu erwartender Streitverfahren über Einzelfragen der Honorarverteilung vorab zu berücksichtigen. Im Übrigen ist auch durch die Senatsurteile vom 14.12.2011 nicht abschließend geklärt worden, welche Honorarbegrenzungsinstrumente mit welchen Auswirkungen auf die HVV-Quote die Beklagte für das Jahr 2007 tatsächlich anwenden durfte; der Senat hat lediglich die Verurteilung der Beklagten zur Neubescheidung gebilligt.

24

d. Rechtliche Bedenken bestehen auch hinsichtlich der dritten maßgeblichen Quote gemäß Teil B Nr 4 der Beschlüsse des EBewA nicht. Danach ist zusätzlich zur EBM-Ä induzierten Anhebung der Leistungsmenge auch der Erhöhung der Morbidität von 2008 auf 2009 Rechnung zu tragen. Dazu war der EBewA nach § 87c Abs 4 Satz 3 SGB V aF verpflichtet, und es war ihm die Befugnis zu einer Schätzung wegen der noch nicht vorliegenden Daten zum Morbiditätsgeschehen zuerkannt. Dass er mit der Schätzung des Anstiegs der Leistungsmenge insgesamt um 5,1 % zu Lasten der Vertragsärzte fehlgegangen sein könnte, ist nicht erkennbar. Eine Verpflichtung, schon an dieser Stelle der Berechnung der Leistungsmenge nach Arztgruppen zu differenzieren, hat nicht bestanden.

25

e. Im Ausgangspunkt zutreffend macht die Klägerin geltend, dass der EBewA für das Jahr 2009 seiner Verpflichtung aus § 87c Abs 2 SGB V aF nicht in vollem Umfang nachgekommen ist, Vorgaben für die Ermittlung von Indikatoren iS des § 87 Abs 2f Satz 4 SGB V aF vorzugeben. Nach dieser Vorschrift hat der BewA jährlich Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur nach § 87a Abs 2 SGB V aF festzustellen, auf deren Grundlage in den regionalen Punktwertvereinbarungen von den Orientierungswerten nach § 87 Abs 2e Satz 1 SGB V aF abgewichen werden kann. Dazu hat der EBewA in Teil C seines Beschlusses vom 27./28.8.2008 lediglich festgestellt, dass er keine Indikatoren zu regionalen Besonderheiten in den Kosten- und Versorgungsstrukturen zwischen den Bezirken der KÄV en definieren könne, die eine regionale Anpassung der Orientierungswerte aufgrund von Unterschieden in der Versorgungsstruktur rechtfertigen würden.

26

Die gesetzlichen Vorgaben für die Ermittlung derartiger Indikatoren sind allerdings nicht widerspruchsfrei, insbesondere deshalb, weil sie einerseits auf die Wirtschaftskraft der Bundesländer abstellen (§ 87c Abs 2 SGB V aF), andererseits den Vertragspartnern aber auch eine Richtschnur geben sollen, Zu- und Abschläge vom Orientierungswert zu vereinbaren, um "insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur" zu berücksichtigen (§ 87a Abs 2 Satz 2 SGB V aF). Hier kann die Wendung "regional" nur planungsbereichsbezogen gemeint sein, weil Gesamtverträge ohnehin nur - mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen - für ein Bundesland geschlossen werden. So fernliegend die Annahme des EBewA wäre, er könne keine Indikatoren für die Abweichung der Wirtschaftskraft eines Bundeslandes von der bundesdurchschnittlichen Wirtschaftskraft iS des § 87c Abs 2 SGB V aF finden (zutreffende Kritik des SG Marburg - S 11 KA 340/09 - RdNr 159), so wenig folgt aus diesem Befund für die hier allein relevanten regionalen Besonderheiten der Kosten- und Versorgungsstrukturen.

27

So klar es ist, dass hinsichtlich der Wirtschaftskraft zwischen Bayern, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern erhebliche Unterschiede bestehen, so schwierig ist es, diese Differenzen in Bezug auf die Kosten für die vertragsärztliche Tätigkeit entsprechend abzubilden. Das beruht vor allem darauf, dass innerhalb der einzelnen, oft recht großen KÄV-Bezirke möglicherweise die gesamte Spannbreite der Kostenstrukturunterschiede, die sich auch in der Bundesrepublik finden lassen, zu verzeichnen ist. Einem einheitlichen Indikator für Bayern - begründet mit der hohen Wirtschaftskraft dieses Bundeslandes - würde sofort mit guten Gründen entgegengehalten werden, dass die Region Oberpfalz nicht mit der Region München gleich behandelt werden kann, und entsprechendes gilt sicher auch für den Erzgebirgskreis in Sachsen und die Stadt Leipzig - die, was etwa Immobilienpreise angeht - zu den eher teuren Gebieten der Bundesrepublik zählt. Entscheidend ist aber, dass die Klägerin durch potenziell defizitäre Ermittlungen des EBewA nicht beschwert ist. Der Senat hat in seinem Urteil vom 21.3.2012 - B 6 KA 21/11 R - (BSGE 110, 258 = SozR 4-2500 § 87a Nr 1, RdNr 33 ff) ausgeführt, dass die fehlende Vorgabe von Indikatoren durch den EBewA die Vertragspartner auf regionaler Ebene nicht gehindert hat, nach eigener Entscheidung Zuschläge oder Abschläge von den Orientierungswerten zu vereinbaren. Die Vertragspartner durften nach § 87a Abs 2 Satz 2 SGB V aF solche Zuschläge nur nicht unter Verwendung von Kriterien vereinbaren, die denen widersprechen, die der BewA (unterstellt) festgelegt hat. Die Regelung des § 87a Abs 2 Satz 2 SGB V aF ist nicht in der Weise gefasst, dass ohne Vorgabe der Indikatoren zu Besonderheiten bei der Versorgungsstruktur durch den BewA jede Vereinbarung von Zuschlägen oder Abschlägen von den Orientierungswerten im Hinblick auf regionale Besonderheiten ausgeschlossen gewesen wäre. Insoweit wirkt sich die unterbliebene Umsetzung der Ermächtigung an den BewA zur Festsetzung "regionaler Indikatoren" nicht auf die Höhe des RLV der klägerischen Praxis im Quartal I/2009 aus. Auch nach dem Vorbringen der Beklagten, die insoweit grundsätzlich die Auffassung der Klägerin stützt, sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Partner der Gesamtverträge in Nordrhein irgendeinen Anlass gesehen hätten, aus Gründen regionaler Besonderheiten innerhalb des KÄV-Bezirks für einzelne Städte oder Kreise Zuschläge zu den Orientierungswerten zu vereinbaren. Für die Stadt K. , in der die Klägerin ihren Sitz hat, liegt diese Annahme besonders fern, weil nicht ansatzweise erkennbar ist, weshalb dort eine im Vergleich zu K. , B. oder D. signifikant abweichende - im Sinne von: höhere - Kostenstruktur hinsichtlich der für eine radiologische Praxis relevanten Faktoren gegeben sein könnte.

28

f. Nach § 87b Abs 3 Satz 6 SGB V aF soll der BewA zur Ermittlung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen auch das Kriterium "Geschlecht" berücksichtigen. Der EBewA hat dazu in seinem Beschluss vom 27./28.8.2008 in Teil F Nr 3.2.2 festgestellt, dass durch dieses Kriterium eine signifikante Beeinflussung des abgerechneten Leistungsvolumens - bezogen auf die Gesamtheit der vertragsärztlichen Leistungen - nicht aufgezeigt wird.

29

Soweit die Klägerin das mit dem Hinweis in Frage stellt, die private Krankenversicherung habe über Jahrzehnte hinweg ihre Beiträge der unterschiedlichen Morbidität von Frauen und Männern angepasst, und das könne der GKV nicht unmöglich sein, wird das der hier maßgeblichen Fragestellung nicht gerecht. Es geht in § 87b Abs 3 Satz 6 SGB V aF nicht pauschal darum, ob die Krankenkassen insgesamt statistisch für eine weibliche Versicherte mehr Geld aufwenden als für einen männlichen, sondern darum, ob sich in der vertragsärztlichen Versorgung bezogen auf alle Arztgruppen und alle Altersstufen von Versicherten bei Frauen eine höhere Morbidität messen lässt als bei Männern. Das bedarf statistischer Ermittlungen, die weder durch Hinweise auf Banalitäten - sehr hoher Anteil weiblicher Versicherter bei Gynäkologen - noch durch Spekulationen - Frauen gehen häufiger zum Arzt als Männer - ersetzt werden können. Wenn die dem EBewA vorliegenden Abrechnungsdaten insoweit - über alle Arztgruppen gesehen - keine signifikanten Abweichungen ergeben, die auf eine geschlechtsspezifisch messbar abweichende Morbidität hindeuten, ist der EBewA seinem Auftrag nachgekommen. Der Gesetzgeber kann nicht vorgeben, dass die Realität anders ist, als sie sich tatsächlich darstellt. Er könnte allenfalls normativ bestimmen, dass die Morbidität weiblicher Versicherter um einen bestimmten Faktor höher zu gewichten ist als bei männlichen. Das ist in § 87b Abs 3 Satz 6 SGB V aF indessen nicht geschehen.

30

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Klägerin hat die Kosten des von ihr ohne Erfolg geführten Rechtsmittels zu tragen.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2014-06-27